

جامعة البعث

كلية الطب البشري

السنة الرابعة

السعر: 400

ملخص جراحة الأوعية

محتوى الملخص:

١. فقرات الدورات: كاملة ومن المقرر
٢. فقرات خارجية هامة: من سلايدات الدكتور يرد حولها أسئلة دوماً
٣. حل أسئلة الدورات: مدققة وتشمل الدورات كاملة الواردة في
(بنك الدورات + دورة ٢٠١٧ + دورة ٢٠١٦ + دورة ٢٠١٥)
٤. مسائل سريرية: يكررها الدكتور عادة كما هي

إعداد الزميل: مينا ماريو رحال

للتواصل والاستفسار:

FACEBOOK: Mina Mario Rahhal

MOBILE/WHATSAPP: 0992953753

الدحت الأول: القرحات في الأطراف السفلية

قرحة ضمورية	قصور تروية شرياني	قصور وريدي مزمن	الموقع
نقاط الضغط - مناطق نقص الحس - اعتلال أعصاب صريح	الأصابع - الكعب الوحشي - نقاط الضغط	محيطياً - فوق الكعب الأنسي	
جلد نفثي - اعتلال أعصاب واضح	جلد مشع (لماع) - ضامر	متلون في بعض الأحيان - متليف	الجلد حول القرحة
غير مؤلم والمريض لا ينتبه لوجود القرحة	حاد يزول بتدلي الطرف	غير حاد يزول برفع الطرف	الألم
عادة غائب	قد يكون موجوداً	غائب	وجود موات مرافق
قد يكون أحمر قانياً	قليل أو لا يوجد	نزف وريدي	النزف من القرحة
نقص الحس - غياب المنعكسات الكاحلية	ضعف النبض - شحوب عند رفع الطرف (علامة برغر) واحمرار عند تدلي القدم (علامة غروب الشمس)	وذمة - تلون - احتمال وجود ازرقاق اذا كانت القدم متدلية	العلامات المرافقة

أسئلة الدورات حول الجدول السابق:

(١) الصح في قرحات الطرف السفلي: (A) تتوضع محيطياً وفوق الكعب الانسي في القصور الوريدي المزمن ☒

(٢) سؤال فراغات:

(A) القصور الوريدي المزمن (B) نقص التروية الشرياني (C) القرحات الضمورية

تشاهد القرحات محيطياً فوق الكعب الأنسي في (A) ويكون لون الجلد لماع ضامر في (B) ويكون لون النزف أحمر قانياً في (C) ونلاحظ أن الألم غائب عادة في (C)
(٣) من صفات نقص التروية في آفات الأطراف السفلية ما عدا:

(A) مظهر لماع للجلد ☒ (B) الشحوب بالرفع والاحمرار بالتدلي ☒

(C) قرحات ثابتة تتوضع في العقب ☒ (D) سقوط الشعر وعدم نمو الأظافر ☒

(٣) من صفات نقص التروية في آفات الأطراف السفلية ما عدا:

(A) قرحة القصور الوريدي المزمن تشاهد فوق الكعب الانسي ☒ (B) في القرحة الضمورية الموات شائع ☒

(C) في القرحة الضمورية الموات شائع ☒ (D) قرحة نقص التروية لا تترافق مع نزف دموي ☒

البحث الثاني: الآفات الشريانية السادة للأطراف السفلية

١٠ مباحث عامة في آفات الشرايين المحيطية: يعتبر تصلب العصيدي السبب الأكثر شيوعاً في إحداث آفات الشرايين السادة عند الإنسان وتحدث الآفات الشريانية عادة في مواقع محددة ضمن الشجرة الوعائية مثل القسم القريب من الشريان السباتي الباطن والشريان الأبهر تحت مستوى الشريانين الكلويين والشريان الفخذي السطحي والشريان المأبضي ويعتبر تصلب العصيدي في الشريان الظنبوبي شائعاً عند المسنين والمصابين بالداء السكري بينما تكون الإصابة في الشريان الأبهر فوق مستوى الشريان الزلاقي وكذلك الشريان الفخذي العميق من النادر أن يصاب.

١١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) أشيع أماكن حدوث تصلب العصيدي ما عدا:

- (A) القسم القريب من الشريان السباتي الباطن ☒ (B) الشريان الفخذي السطحي ☒
(C) الشريان الفخذي العميق ☒ (D) الشريان الأبهر تحت مستوى الشريانين الكلويين ☒

(٢) أشيع أماكن حدوث تصلب العصيدي ما عدا:

- (A) الشريان الفخذي السطحي ☒ (B) الشريان المأبضي ☒
(C) الشريان الفخذي العميق ☒ (D) الشريان الظنبوبي عند المسنين ☒

١٢ الأمراض النسيجية للآفات الشريانية السادة في الأطراف السفلية:

(١) الشريان الفخذي السطحي: هو الشريان الأكثر إصابة وتحدث الأذية عادة في منطقة القناة المقربة (قناة هنتر) حيث يعبر الشريان الفخذي السطحي خلال مجموعة العضلات المقربة ليشكل الشريان المأبضي. عندما يصبح التضيق البؤري حرجاً ينسد الشريان الفخذي السطحي بالكامل ويؤمن الشريان الفخذي العميق عبر الدوران المعاوز الجانبي الدوران الدموي للشريان المأبضي محيطياً.

(٢) الشريان الفخذي العميق: وهو يؤمن الدم لمنطقة الفخذ ويمكن لمنشأ هذا الشريان أن يصاب بالتصلب العصيدي ولكن باقي الشريان عادة يبقى سليماً. بينما تشاهد الآفات الشديدة في القسم البعيد من الشريان بشكل نموذجي عند المرضى السكريين.

(٣) الشريان المأبضي: وهو يصاب بالتصلب العصيدي بشكل متكرر. أما الأسباب الأخرى للآفات الانسدادية في هذا الشريان هو انحشاره بالعضلة التوأمية (الانحشار المأبضي) وكيسات غلاف الشريان وهاتان الحالتان الأكثر ندرة يمكن أن تشاهد عند المرضى الأصغر سناً.

(٤) الشريان الظنبوبي: يعتبر تصلب العصيدي فيه شائعاً عند المرضى المسنين والمصابين بالداء السكري

١٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) الشريان الفخذي السطحي يتأذى ضمن: (A) قناة القربات (قناة هنتس) ☒

⊕ الإمراضية النسيجية في التصلب العصيدي: يحدده التصلب العصيدي، كحافة خازم ثلاث نماذج:
أولاً: الطبقات الدهنية: وهي آفات تحت البطانة تتألف من البعات مكثفة للكوليسترول وخلايا غشائية ملء، وهذه الطبقات تحدث باكراً خلال الحياة وهي ليست ذات أهمية هيموديناميكية (حركية دموية).
ثانياً: اللويحات الليفية: وهي آفات أكثر تقدماً وتحتوي أيضاً مادة خارج خلوية.
ثالثاً: اللويحات المعقدة: وتتميز بتقرح البطانة وبالنزف داخل اللويحة.

⌘ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) يتظاهر التصلب العصيدي نسيجياً بعدة نماذج مرضية وكل النماذج التالية صحيحة ما عدا:

(A) الطبقات الدهنية ☒ (B) اللويحات الليفية ☒

(C) اللويحات الخثرية ☒ (D) اللويحات المعقدة ☒

(٢) تعتبر اللويحة العصيدية غير مستقرة، كل ما يلي صحيح ما عدا: (سؤال من خارج المقرر)

(A) وجود الطبقات الدهنية (B) وجود خثرة ضمن اللويحة

(C) استمرار قدوم البعات إليها (D) تلف البطانة المغطية للويحة

⊕ الدوران المعاوض الجانبي: وهو يشير إلى المسارب الجانبية المتعددة التي تتطور حول التضيق الذي يتقدم مع

مرور الزمن وهذه المسارب تؤمن الجريان الدموي المحيطي وتكون المقاومة في هذه المسارب الجانبية دائماً أعلى من

الأوعية الأصلية غير المسدودة سابقاً وتظهر الأعراض عندما يكون تطور المسارب الجانبية غير كافٍ أو مختلط

بتصلب عصيدي أو آفات على مستويات متعددة من الشريان. عندما ينسد الوعاء بشكل حاد لا يكون هنالك وقت

كافٍ لتطور الدوران الجانبي المعاوض مما يؤدي لنقص تروية حاد وخسارة للأنسجة المحيطة.

وكأمثلة على تشكل السر الوعائية الجانبية نذكر بعض الأمثلة:

أولاً: الشريان السباتي الأصلي: يساعد على تأمين الدوران الدموي حول الشريان السباتي الباطن المصاب.

ثانياً: الشريان الحرقفي الباطن والشرابين القطنية وكذلك الشريان الثديي الباطن: بوساطة الشرايين الشرسوفية العلوية

والسفلية يمكن أن تؤمن سريراً وعائياً معاوضاً ليساعد على تروية الطرف السفلي الآفات الأبهريّة الحرقفية السادة.

ثالثاً: الشريان الفخذ العميق: يقوم الدوران المعاوض الناشئ من الشريان الفخذي العميق بتزويد الشريان المأبضي

بالدوران الدموي في حالة مرض الشريان الفخذي السطحي

رابعاً: الدوران المعاوض حول الركبة: يغذي القسم السفلي من الرجل في حالة مرض الشريان المأبضي.

⌘ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يتطور الجريان المعاوز الجانبي حول مكان التضيق الشرياني ليومن الجريان الدموي المحيطي اختر الإجابة الصحيحة ممايلي:

- (A) الشريان السباتي الأصلي يساعد على تأمين الدوران الدموي حول الشريان السباتي الباطن المصاب ☒
- (B) الشريان الفخذ العميق يقوم بتزويد الشريان المأبضي بالدوران الدموي في حالة مرض الشريان الفخذي السطحي ☒
- (C) الدوران المعاوز حول الركبة: يغذي القسم السفلي من الرجل في حالة مرض الشريان المأبضي ☒
- (D) كل ما سبق صحيح ☒

❁ عوامل خطورة التصلب العصيدي:

- ١- التدخين ٢- الداء السكري ٣- ارتفاع شحوم الدم ٤- القصة العائلية ٥- ارتفاع التوتر الشرياني ٦- العمر ٧- فرط سيستئين الدم ٨- فرط فيبرينوجين الدم

❁ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) من عوامل خطورة التصلب العصيدي ما عدا:

- (A) التدخين ☒ (B) الداء السكري ☒ (C) الكحولية ☒ (D) القصة العائلية ☒

٢) من عوامل خطورة التصلب العصيدي ما يلي صحيح ما عدا: (A) Hyper Cythemia ☒

❁ العرج المتقطع: وهو ألم يشعر به المريض في المجموعات العضلية الكبيرة، محيطياً لآفة شريانية بعد جهد أو

تمارين مع العلم أن المكان الأكثر شيوعاً للتصلب العصيدي في الطرف السفلي هو الشريان الفخذي السطحي ويحدث العرج المتقطع بشكل نموذجي في الرولة بعد المشي. ومن المظاهر المميزة للعرج المتقطع الوعائي المنشأ هو عودة ظهور الألم عند متابعة المشي لنفس المسافة والزوال المفاجئ للألم أثناء الراحة (خلال دقائق) وتحدث بإجهاد مجموعة العضلات وليس بسبب الوقوف أو الجلوس لفترات طويلة. ويكون المريض لا عرضياً خلا الراحة لأن الجريان الدموي يكون مناسباً عبر الدوران الجانبي المعاوز ولكن لا يكون الجريان الدموي ملائماً بازدياد الحاجة الاستقلابية الناجمة عن التمرين.

❁ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) الخطأ في العرج المتقطع:

- (A) يعود بعد المشي لنفس المسافة ☒ (B) يتحسن عند إيقاف الجهد فجأة ☒
- (C) الدوران الجانبي المعاوز غير كافٍ أثناء الراحة ☒ (D) يحدث بسبب إجهاد العضلات ☒

٢) الخطأ في العرج المتقطع: (A) نقص التروية أثناء الحركة ☒

⊗ **الألم أثناء الراحة بسبب نقص التروية:** يحدث بسبب الجريان الدموي الشرياني المضطرب بشدة وهنا تكون التروية الدموية عبر المسارب الجانبية غير كافية لتغطي الاحتياجات الاستقلابية للنسج حتى أثناء الراحة، ويصف المريض ألماً عبر القسم البعيد من القدم والقوس الأخمصية ويتفاقم برفع القدم (مثلاً عندما يحاولون النوم في السرير) ويحاول المرضى الحصول على الراحة بشكل نموذجي من خلال تدلية القدم للأسفل مع الجاذبية الأرضية أو بواسطة المشي البطيء. ويعتبر الألم أثناء الراحة حالة مهددة للطرف لأن معظم المرضى (٨٥٪) خلال خمس سنوات) سوف يتعرضون لبتتر الطرف (مثلاً بتر كبير) إذا لم تعد التروية للطرف المصاب أو إذا لم يكن بالإمكان إعادة التروية.

Ⓜ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) يتميز الألم أثناء الراحة بسبب نقص التروية بما يلي ما عدا:

- (A) تكون التروية الدموية عبر المسارب الجانبية غير كافية أثناء الراحة ☒
- (B) يحدث ألم شديد عبر القسم البعيد من القدم والقوس الأخمصية ☒
- (C) يخف الألم برفع القدم ☒ (D) يعتبر الألم أثناء الراحة حالة مهددة للطرف ☒

⊗ **المشعر الكاحلي العضدي ABI:** ونحصل عليه بتقسيم الضغط في الكاحل على الضغط في العضد أي أن:

المشعر الكاحلي العضدي = الضغط الانقباضي الكاحلي / الضغط الانقباضي العضدي

وبشكل عام يتوافق المشعر مع حالة المريض/ة الوظيفية كما يلي:

$ABI \geq 1$: يعتبر المشعر طبيعي

$0.50 - 0.99 = ABI$: يتوافق مع قصة عرج متقطع

$0.20 - 0.49 = ABI$: يتوافق مع قصة ألم أثناء الراحة إقفاري

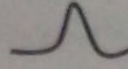
$ABI < 0.20$: بوجه لفقد نسج (تموت) وشيك الحدوث

Ⓜ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في حال كان المشعر الكاحلي العضدي $ABI = 0.20 - 0.49$ فإنه يتوافق مع:

- (A) طبيعي ☒ (B) عرج متقطع ☒
- (C) ألم أثناء الراحة ☒ (D) تموت نسيجي ☒

٥٨ تحليل الموجات القطعية الدوبلرية، يتم الحصول عليها بتسجيل إشارات الدوبلر فوق كل من شرايين الطرف السفلي فالموجة الطبيعية تعبر عن جريان دموي طبيعي لهذه القطعة وتكون متعددة الأطوار (ثلاثية الطور) وبمناقض الجريان الدموي تصبح أحادية الطور



٥٩ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) تكون الموجات الدوبلرية للشرايين الطبيعية:

(A) أحادية الطور (X) (B) ثنائية الطور (X)

(C) ثلاثية الطور (✓) (D) رباعية الطور (X)

٦٠ الاختلاطات الناجمة عن المادة الظليلة:

أولاً: اختلاطات عامة:

١. الانسداد الكلوي المحرض بالمادة الظليلة والذي قد يسبب نخراً أنبوبياً حاداً يتلو التصوير الوعائي الظليل وتتضمن عوامل الخطورة: الداء السكري ، نقص الإماهة ، العمر المتقدم ، ارتفاع مستوى كرياتينين الدم وكمية المادة المحقونة وعادة ما يظهر بعد التصوير بيوم أو يومين وقد يحدث قصور كلوي عالي النتاج. ويعتبر من المفيد كوقاية الإماهة ما قبل التصوير وتحديد كمية المادة الظليلة باستعمال غاز CO_2 كعامل تباين وباستعمال تقنية التصوير بالطرح الرقمي DSA أما المعالجة فتكون معالجة داعمة.

٢. التحسس للمادة الظليلة: يمكن أن يسبب احمراراً جلدياً وحكة وعندما يكون شديداً يسبب وهطاً قلوبياً وعائياً. وتشتمل عوامل الخطورة وجود قصة سابقة للتحسس من المادة الظليلة وقصة تحسس للقرشيات البحرية. إن إعطاء الستيروئيدات ومضادات الهيستامين قبل التصوير إضافة لاستعمال مادة منخفضة التشنج تفيد في تجنب هذا الاختلاط. ثانياً: الاختلاطات الشريانية:

١. الخثار الشرياني: يمكن أن يحدث بسبب التخثر ما حول القثطرة أو بسبب الرض المباشر للجدار الشرياني المريض. ٢. الصمة العصيدية: عندما تحدث خلال التصوير الوعائي الظليل فهي تشير إلى تمزق لويحة عصيدية بالقثطرة مع انطراح رواسب عصيدية محيطياً مما يؤدي لأصابع ناقصة التروية بعد التصوير (متلازمة الأصابع الزرقاء) ويكون العلاج داعماً.

ثالثاً: اختلاطات مكان البذل:

١. الورم الدموي إذا كان كبيراً قد يتسبب بانضغاط العصب المجاور وتلف أو تموت للجلد فوقه. تصبح الضفيرة العصيدية معرضة للخطر إذا تشكل الورم الدموي ضمن الغلاف الإبطي تلو استعمال المدخل الإبطي لتصوير الأوعية الظليل وفي تلك الحالات يكون العلاج فوراً بإزالة الضغط جراحياً.

٢. أم الدم الكاذبة: يمكن أن تحدث إذا لم يكن الإرقاء الدموي ملائماً. وإن أمهات الدم الكاذبة الأكبر من ٢ سم تكون تحت خطر التمزق ويستعمل الضغط الموجه بالأموح فوق الصوتية لعنق أم الدم الكاذبة لإحداث خثار ضمن الجوف الكاذب أما الشرايين التي لا يمكن علاجها بهذه الطريقة فيتم إصلاحها جراحياً.

PTA أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) من الاختلاطات الناجمة عن التصوير الوعائي الظليل كل ما يلي ما عدا:

- (A) الخثار الشرياني ☒ (B) الصمة العصيدية ☒ (C) التمزق ☒ (D) أم الدم الكاذبة ☒ (E) الورم الدموي ☒

⊗ الاختلاطات الناجمة عن التصنيع الوعائي خلال اللمعة عبر الجلد PTA:

أولاً: الصمة العصيدية: يتلو هذا الأجراء صمة من بقايا تصلبية عصيدية تكون ذات أهمية سريرية في أقل من ٣٪ من الحالات. فالصمة العصيدية للأوعية الصغيرة (مثل ملازمة الإصبع الأزرق) تعالج بشكل محافظ أما صمة الأوعية الكبيرة فيمكن أن تعالج بحالات الخثرة أو بتداخل جراحي

ثانياً: فرط تصنع البطانة: كما في أي شكل من أشكال الأذية الشريانية إن الآفات المعالجة بالتصنيع الوعائي قد تسبب استجابة زائدة في الشفاء مما يؤدي لعودة تضيق الآفة وهذه الآفات عادة ما تكون مسؤولة عن فشل التصنيع الوعائي خلال سنتين من الإجراء. وليس من المؤكد أن الجبائر تمنع حدوث هذا النكس وإن إعادة التصنيع الوعائي يمكن أن يكون ناجحاً في علاج هذا الحدث.

ثالثاً: الخثار: يمكن أن يحدث خثار حاد للشريان ثانوياً لتشكل خثرة موضوعة أو تسليخ الآفة المعالجة وقد تتضمن المعالجة استعمال حالات الخثرة ووضع جبائر أو تداخل جراحي.

رابعاً: التمزق: إن القياس الحريص لللمعة الشريان الذي سيجرى توسيعه يمكن أن يبقي هذا الاختلاط ضمن حدوده الدنيا.

PTA أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) من الاختلاطات الناجمة عن التصنيع الوعائي خلال اللمعة عبر الجلد كل ما يلي ما عدا:

- (A) الخثار ☒ (B) فرط تصنع البطانة ☒ (C) الصدمة ☒ (D) الصمة العصيدية ☒ (E) التمزق ☒

(٢) من الاختلاطات الناجمة عن PTA كل ما يلي ما عدا:

- (A) الخثار ☒ (B) فرط تصنع البطانة ☒ (C) ترقق جدار الشريان ☒ (D) الصمة العصيدية ☒ (E) التمزق ☒

❁ استطببات البتر ومضادات استطببات البتر:

استطببات البتر وهي:

١. ألم معين أثناء الراحة: إذا لم يكن بالإمكان تدبير الألم أثناء الراحة الإقفاري باستعمال كميات معقولة من المسكنات عندها يكون البتر إجراءً ملائماً.

٢. تموت النسيج المختلط بإنتان: حيث يتم إجراء البتر لهؤلاء المرضى من أجل إزالة مصدر الانتان.
مضادات استطببات البتر:

١. ألم أثناء الراحة: حيث يعتبر هؤلاء المرضى مؤهلين لإجراءات إعادة التروية دوائياً.

٢. خسارة النسيج (التموت): حيث يعتبر هؤلاء المرضى مؤهلين لإجراءات إعادة التروية دوائياً.

Fb أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) يستطب البتر عند المرضى الغير مؤهلين لإجراءات إعادة التروية في الحالات التالية:

A) ألم أثناء الراحة ☒ B) خسارة نسيج مختلط بإنتان ☒

C) كل ما سبق صحيح ☒ D) كل ما سبق خطأ ☒

٢) يستطب البتر عند المرضى الغير مؤهلين لإجراءات إعادة التروية في الحالات التالية:

A) ألم معند أثناء الراحة ☒ B) خسارة نسيج مختلط بإنتان ☒

C) كل ما سبق صحيح ☒ D) كل ما سبق خطأ ☒

٣) إن الإجراءات الجراحية تعد مضاد استطببات في:

A) ألم أثناء الراحة ☒ B) إنتان واسع يتضمن ذات عظم ونقي ☒

C) كل ما سبق صحيح ☒ D) كل ما سبق خطأ ☒

❁ البتر في الأطراف السفلية:

١. البتر الإصبعي: يعبر السلامي القريبة و يترافق مع اضطراب خفيف في المشي.

٢. البتر الشعاعي: ويشير إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط الموافق و يترافق مع اضطراب خفيف في المشي.

٣. البتر عبر الأمشاط: ويشير إلى بتر مقدم القدم عبر منتصف جسم الأمشاط الخمسة مع شريحة ذات قاعدة خلفية

و يترافق مع اضطراب خفيف في المشي بعد الجراحة.

٤. البتر تحت الركبة: يتم بتر بعرض راحة اليد تحت مستوى الطبق الظنبوبي عبر عظم الظنبوب والشظية مع تغطية

للجذومر بواسطة شريحة خلفية طويلة ويمكن أن تؤمن الحركة عند مرضى البتر تحت الركبة وحيد الجانب بنسبة

٧٠-١٠٠٪ وتتطلب زيادة في الطاقة المبذولة للحركة بين ١٠-٤٠٪ نسبة للشخص الذي يستعمل القدمين.

٥. البتر فوق الركبة: وفيه يتم البتر عبر الثلث البعيد لعظم الفخذ وعادة ما تكون الشريحتان الأمامية والخلفية متساويتين ويمكن أن تؤمن الحركة عند مرضى البتر فوق الركبة وحيد الجانب بنسبة ١٠-٤٠٪ وتتطلب زيادة في الطاقة المبذولة للحركة بين ٧٠-١٠٠٪ نسبة للشخص الذي يستعمل القدمين مما يجعله يقترب من استخدام العكازتين أما المرضى مع بتر فوق الركبة ثنائي الجانب فيتحولون إلى معاقين عن الحركة.

٢٦ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في البتر في الأطراف السفلية:

(A) تؤمن الحركة عند مرضى البتر تحت الركبة وحيد الجانب بنسبة ٧٠-١٠٠٪ ☒

(B) يشير البتر الإصبعي إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط. ☒

(C) كل ما سبق صحيح ☒

(D) كل ما سبق خطأ ☒

(٢) في البتر الإصبعي:

(A) يحدث اضطراب خفيف في المشي ☒

(B) يشير البتر الإصبعي إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط. ☒

(C) كل ما سبق صحيح ☒

(D) كل ما سبق خطأ ☒

(٣) في البتر في الأطراف السفلية، اختر الصحيحة:

(A) البتر تحت الركبة وحيد الجانب يؤمن حركة بنسبة ١٠-٤٠٪ ☒

(B) البتر فوق الركبة وحيد الجانب يؤمن حركة بنسبة ٧٠-١٠٠٪ ☒

(C) البتر الشعاعي يشير إلى بتر مقدم القدم عبر منتصف الأمشاط الخمسة ☒

(D) البتر الإصبعي يشير إلى بتر إصبع واحد مع رأس المشط الموافق ☒

(E) البتر عبر الأمشاط يترافق مع اضطراب خفيف في المشي ☒

🌸 العلاج الدوائي عند المرضى غير المهددة أطرافهم مثل مرضى العرج المتقطع: يشمل كل ما يلي:

(١) تعديل عوامل الخطورة: حيث يعتبر إيقاف التدخين عامل الخطورة الأهم الذي يمكن السيطرة عليه كما أن ارتفاع

شحوم الدم وارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري يعتبر مهماً من أجل الإنذار على المدى الطويل.

(٢) البنتوكسيلين: تم اعتماده كعلاج للعرج المتقطع حيث ينقص لزوجة كامل الدم بإنقاص فيبرينوجين المصل وتجمع

الصفائح غبعد علاج لمدة ٦-٨ أسابيع تقريباً فإن نصف المرضى سوف يضاعفون المسافة التي يسجلونها فإذا ما تم

الحصول على تأثير إيجابي عندها يستمر العلاج بشكل دائم. من الأعراض الجانبية للدواء الانزعاج المعدي المعوي.

٣) برنامج التدريبات: يعتبر برنامج المشي القرفصائي بالعرج المثلث مفيداً في تخفيف بعض الأعراض وحلها يحاول هؤلاء القرفصائي زيادة مسافة المشي تدريجياً. وإذا تحسن الدوران الجانبي وتعديل استخدام المجموعات العضلية اقترح بأن يكون الآلية في أحداث هذا التأثير لكن لم يتم إثباته بعد.

٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) قصة سريرية حول مريض يعاني من عرج متقطع، كل مايلي صحيح في تديره ما عدا:

- (A) إجراء مجازة ☒ (B) برنامج تدريبات ☒
(C) إيقاف التدخين ☒ (D) دواء البنتوكسيلين ☒

٣) **المجازة الباقلة:** استعملت عدة أنواع من المجازات بالاعتماد على وجود الوريد الصافن الكبير بنفس الطرف حيث يعتبر الوريد الصافن الكبير بنفس الطرف هو الوعاء لإجراءات إعادة التروية في الطرف السفلي وعادة ما يستأصل ويعاد وضعه بشكل مقلوب بدون الحاجة لتخريب الدسامات. أما بالنسبة للمجازة الفخذية الظنبوبية فيمكن لقلب الوريد أن يخلق عدم تناسب حجمي عند كل من المفاغرتين ففي هذه الحالة يترك الوريد الصافن الكبير في مكانه وتخرب الدسامات ويتم ربط فروع الوريد.

٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أفضل مجازة فخذية ظنبوبية هي: A) وريد صافن كبير في نفس الجهة ☒

البحث الثالث: الآفات الأبهريّة الحرقفية السادة

٣) **المظاهر السريرية والفحص السريري:**

أولاً: الأعراض:

- ١) العرج المتقطع تكون الإصابة أكثر شيوعاً في الإليتين والفخذ والربلتيين. أما الألم أثناء الراحة الإقفاري وخسارة النسيج فهما من النادر أن يوجد ما لم يكن هنالك آفة شريانية محيطية موجودة.
- ٢) متلازمة لوريش: بداية وصفت كنقص تصنع في الجزء البعيد من الشريان الأبهري وتشير إلى ثالث العرج المتقطع في الإليتين والفخذ وغياب النبض في الشريانيين الفخذييين والعانة عند الذكور.
- ٣) الصمات العصيدية المحيطية: تشير إلى تمزق في اللويحات العصيدية التصليبية وانطلاق صمات دقيقة إلى الدوران المحيطي كنتيجة لذلك وهذا ما يسبب متلازمة الإصبع الأزرق في الآفة الأبهريّة الحرقفية ويمكن للمتلازمة أن تكون وحيدة الجانب أو ثنائية الجانب في وجود تصلب عصيدى أبهري وتكون المتلازمة وحيدة الجانب إذا كانت معزولة بالشريان الحرقفي.

الآفات المحيطة الشريكية وهو يبدى ضعف في النبض المخذري (بالتالي محيطياً) كما يمكن سماع لقحطات في الحوض وفي حالة البسة العصبية تبقى سليمة بشكل عام مع إصبع أو أصابع ناعسة التوعية مؤلمة خاصة باللمس

٢١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) في الآفات الأبهريّة الحرقفية السادة كل ما يلي صحيح ما عدا :
(A) محدث ألم سطحي من ضمن الأعراف ☒
(B) يمكن سماع لقحطات في الحوض ☒
(C) أصابع ناقصة التوعية مؤلمة خاصة باللمس ☒
(D) عرج متقطع في الإليتين والفخذين والربلتيين ☒
٢) تحدث متلازمة الإصبع الأزرق بسبب :
(A) انطلاق صمات عصبية صغيرة من الشريان الأبهري والحرقفيس ☒
(B) انطلاق صمات خثرية كبيرة من القلب أو الشريان الأبهري ☒
(C) كل ما سبق صحيح ☒
(D) كل ما سبق خطأ ☒
٣) الخطأ في متلازمة لوريث :
(A) غياب النقص في مستوى الشريان المأضي ☒
(B) عرج متقطع في الإليتين والفخذ ☒
(C) عنانة لدى الذكور ☒
(D) وصفت في البداية كنقص تصنع في الجزء البعيد من الشريان الأبهري ☒

٢٢ التدخل عبر الجلد في الآفات الأبهريّة الحرقفية السادة: يعتبر تصنيع الشريان بتوسيعه ووضع جبائر في القطع الأبهريّة الحرقفية هو الإجراء المفضل للتضيقات أو الانسدادات القصيرة البؤرية. الآفات ثنائية الجانب تعالج عبر مدخل فخذ واحد في حالة تضيق القسم السفلي من الأبهري أو وجود آفات شريانية حرقفية أصلية ثنائية الجانب متطورة فتوضع جبيرتين متقابلتين بنفس الوقت وفي نفس المستوى بعيداً عن القسم السفلي للأبهري من خلال كل شريان حرقفي أصلي

٢٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) نلجأ للتصنيع الوعائي عبر الجلد في : (A) الآفات الموضعية الصغيرة ☒

٢٤ المجازات الشريانية في الآفات الأبهريّة الحرقفية السادة: إن المرضى المصابين بآفة منتشرة في الأبهري والشريانيين الحرقفيين والفخذيين وغير القابلين للتصنيع بالبالون والجبائر وتكون المجازة الشريانية هي الطريقة المختارة للعلاج وفي كل هذه الإجراءات وعلى العكس من المجازات تحت الرباط تفضل المجازات الصناعية (إما تراكرون أو بولي تترافلوروايثيلين PTFE)
١) المجازة الأبهريّة الفخذية ثنائية الجانب: وهي تعد المقياس الذهبي للإجراءات إعادة التروية للجريان المصاب

١٦ المجازات خارج التسمية كالشریان الفخذي المائل أو الشريان الإبطي والشار يمكن أن يستغلا كمصدر بديل للجريان الدموي في الآفات الأبهريّة الحرقية السادة.

١٧ المجازة الفخذية الفخذية هي الإجراء المفضل لدى المرضى الذين لديهم إصابة حرقية وحيدة الجانب الشديدة والذين لا يتحملون إجراء الوصلة الأبهريّة الفخذية ثنائية الجانب.

١٨ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أفضل إجراء في الآفات الأبهريّة الحرقية السادة المنتشرة:

- (A) مجازة أبهرية فخذية ثنائية الجانب ☒ (B) مجازة إبطية فخذية ثنائية الجانب باستعمال الداكرون ☒
(C) مجازة فخذية فخذية ☒ (D) مجازة إبطية فخذية ثنائية الجانب باستعمال الصافن الكبير ☒

البحث الرابع: نقص التروية الشريانية الحاد في الطرف السفلي

٢٠ الصمة (أحد الأسباب الشائعة لنقص التروية الحاد في الطرف السفلي): وهي انتقال مادة ضمن الجريان الدموي إلى مكان أكثر محيطية مما يؤدي لانقطاع الجريان الدموي الحاد عند هذا المستوى. الصمات الأكبر حجماً ستنحشر عند التفرع الثنائي الأبعد والمكان الأكثر شيوعاً لتجمع الصمات هو الشريان الفخذي السطحي يتلوه الجهاز الأبهري الحرقى والشرايين المأبضية أما بقايا الصمة الأصغر فتتنحشر في القسم البعيد من الجهاز الظنبوبي أو في الشرايين الإصبعية (متلازمة الإصبع الأزرق).

٢١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) أشيع مكان للصمات الكبيرة: (A) الشريان الفخذي الأصلي ☒
٢) تحدث متلازمة الإصبع الأزرق بسبب:
(A) خثار موضع في القوس الأخصية والشرايين الإصبعية ☒
(B) نقص تروية حاد في الطرف ☒
(C) كل ما سبق صحيح ☒
(D) كل ما سبق خطأ ☒

٢٢ الخثار الموضع (أحد الأسباب الشائعة لنقص التروية الحاد في الطرف السفلي): يمكن للخثار الموضع في

قطعة شريانية أن يحدث نقص تروية حاد وهذا يمكن أن يحصل في حالتين.

١- إن خثار وعاء ذي إصابة مزمنة ويكون أكثر شيوعاً في الشرايين الفخذية السطحية أو الشرايين المأبضية. قد يسبب نقص تروية حاد إذا كان الدوران الجانبي المعاوَض غير متطور بشكل جيد أو مصاباً بالخثار الموضع.

٢ حالات فرط القابلية للتخثر يمكن أن تسبب خثاراً شريانياً حتى لو كانت القطعة الشريانية سليمة. وهذا غالباً يحدث في القطع المحيطية مثل الأوعية الطنبوبية أو اللوس الأخصصية

(٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) فرط القابلية للتخثر يكون في: A الأوعية الطنبوبية واللوس الأخصصية ☒

(٢) خثار وعاء ذي إصابة مزمنة تكون في: A الشرايين الفخذية السطحية والداخلية ☒

(٣) بالنسبة للخثار الموضع:

A إن خثار وعاء ذي إصابة مزمنة ويكون أكثر شيوعاً في الأوعية الطنبوبية أو اللوس الأخصصية ☒

B حالات فرط القابلية للتخثر يكون أكثر شيوعاً في الشرايين الفخذية السطحية أو الشرايين الأمامية ☒

D كل ما سبق خطأ ☒

C كل ما سبق صحيح ☒

٥٥ المعالجة لنقص التروية الشرياني الحاد: يتضمن التدبير السريع للانسداد الشرياني الحاد تشخيصاً سريعاً

وتصحيحاً جراحياً فوراً للانسداد

أولاً: المعالجة العامة

١. المعالجة بالهيبارين حيث تبدأ المعالجة لنقص التروية الشرياني الحاد بإعطاء الهيبارين سريعاً وريدياً كمضاد تخثر كما لم يكن هنالك مضاد استقلاب لإعطاء الهيبارين (كنقص الصفيحات المحرض بالهيبارين) ويجب أن يعطى الهيبارين كدفعة بدئية تقدر بـ ١٠٠ وحدة/كغ وتتابع بـ ١٠٠٠ وحدة/ساعة حتى وقت إجراء الجراحة.

٢. الإمهاء يجب أن تتم إمهاء المرضى بشكل جيد للمحافظة على نتاج بولي عال (١٠٠ مل/ساعة) وتستعمل قلوثة البول والمدرات الحلولة (مانيتول) لحماية الكلية من التلف بسبب بيلة اليوغلوبين في المرضى الذين لديهم نقص تروية شديدة ولمدة طويلة.

٣. إعادة التروية تكون المعالجة النهائية بإعادة الجريان الدموي للطرف ناقص التروية ففي نقص التروية الحاد تتم مثالياً خلال ٦ ساعات من بدء الحدث الحاد وذلك لتجنب التلف غير القابل للإصلاح في الأعصاب والعضلات.

ثانياً: المعالجة الجراحية

بعد هبنة المريض يؤخذ مباشرة لغرفة العمليات لإعادة التروية وخاصة إذا وجدت تغيرات حسية حركية.

١. استئصال الصمة: وهو الإجراء المفضل في حالات الصمات الكبيرة والشرايين الأكبر حجماً مثل الشريان الفخذي

الأصلي ويجرى بإدخال قثطرة ذات بالون في نهايتها عبر خزع معترض في جدار الشريان عند مستوى الانسداد

لدخل القثطرة عبر الصمة (وذيلها الخثري) ثم ينفخ البالون ثم تسحب القثطرة فتستخرج معها الخثرة ويحدد نجاح

استئصال الصمة الخثرية بإجراء التصوير الشرياني وتكون نسبة الأمراض والوفيات عموماً متعلقة بمشاكل المريض

الطبية المرافقة

٢. المجازة في حالات الخثر أو عندما يكون استئصال الصمة الطرية غير ملائم يكون من الضروري إجراء مجازة شريانية جراحية لإعادة التروية كما وصف سابقاً في نقص التروية الشريانية المزمنة. ويحدد التصوير الشرياني التليل خلال العمل الجراحي إذا لم يكن قد أجري قبل العمل الجراحي لتحديد مستوى الجريان الشرياني البعيد. ثالثاً: المعالجة بحالات الخثرة يمكن أن تستعمل المعالجة الحادة للخثرة في بعض الحالات المستعجلة مثل الحالات التي أجري لها تداخلات وعائية سابقة. وقد استعمل لحل الخثرة الحادة المتشكلة مواد مثل دقعة مواد البلازموين التسبجيا TPA واليوروكتيناز ومن فوائدها احتمال تصحيح السبب الموجود الذي أدى لتشكل الخثرة بالتصنيع الوعائي (معاً) يجنب الجراحة كلياً) أو بإجراءات جراحية محدودة مضادات استطباب المعالجة الحادة للخثرة

- (أ) وجود تغيرات حسية حركية بالفحص السريري (لأن العلاج بحالات الخثرة يتطلب < ٢٤ ساعة للعلاج)
(ب) جراحة حديثة (أقل من أسبوعين)
(ت) وجود آفة مرضية داخل القحف
[B] أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في نقص التروية الحاد في الطرف السفلي اختر الإجابة الصحيحة:

- (A) يكون الألم ذو بدء تدريجي ويشد مع الزمن [X]
(B) الزمن اللازم لإنقاذ الطرف هو ٨ ساعات [X]
(C) كل ما سبق صحيح [X]
(D) كل ما سبق خطأ [X]
٢) في علاج نقص التروية الحاد للطرف السفلي:
(A) هيبارين [X]
(B) استئصال الصمة [X]
(C) مدرات حلوية دائماً [X]

٣) يتم إعادة التروية للطرف ناقص التروية خلال:

- (A) ٢ ساعة [X]
(B) ٣ ساعة [X]
(C) ٦ ساعة [X]
(D) ٨ ساعة [X]

٤) من مضادات استطباب العلاج بحالات الخثرة في حالة نقص التروية الحاد:

- (A) وجود احتشاء عضلة قلبية منذ أكثر من ٦ أشهر [X]
(B) وجود شلل بالطرف بالفحص السريري [X]
(C) تكلسات على الضفائر المشيمية في البطينات الدماغية [X]
(D) وجود جراحة منذ أقل من ٣ أشهر [X]

٥) في علاج نقص التروية الحاد في الطرف السفلي، الخطأ: (A) العلاج بالوارفارين [X]

٦) من مضادات استطباب العلاج بحالات الخثرة في حالة نقص التروية الحاد:

- (A) العلاج بحالات الخثرة يتطلب ٤٨ ساعة [X]
(B) احتشاء قلب منذ ٦ أشهر [X]
(C) تغيرات حسية حركية بالفحص السريري [X]
(D) جراحة منذ أسابيع [X]

١٥٠ مصادر المسافات في نقص التروية الحاد:

أولاً: المصدر القلبي ويشكل ٨٥٪ من الحالات ويشمل الخثرة الأذينية والخثرة البطينية والانسدادات التاجية بآلية رتوية قلبية وبقاء الفتحة البطينية.

ثانياً: المصدر الوعائي ويشكل ١٥٪ من الحالات ويشمل الوعكات عصبية تصلبية و انسدادات الدم.

١٥١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) مصادر الصمات:

- (A) قلبي ٨٥٪ ☒ (B) وعائي ١٥٪ ☒ (C) كل ما سبق صحيح ☒ (D) كل ما سبق خطأ ☒
- ٢) الصمة كسبب لنقص التروية الحاد، الصح:
- (A) قلبي ٦٠٪ ☒ (B) وعائي ٤٠٪ ☒ (C) كل ما سبق صحيح ☒ (D) كل ما سبق خطأ ☒

١٥٢ تنبأ بالعواقب: وهو أحد اختلاطات معالجة نقص التروية الحاد حيث أن أذية إعادة التروية للعضلة يمكن أن تؤدي لتورم وازدياد في الضغوط داخل الحجرات العضلية ضمن المسافة الصفاقية للربلة وغذا لم تعالج تنقطع التروية الشعرية مما يؤدي لأذية عصبية (عادة هبوط قدم) مع أو بدون خسارة أنسجة. وتتضمن المظاهر السريرية ألماً في الربلة خاصة مع التعطيط السلبي وإيلاماً بالجس وضياع الإحساس في المسافة الأولى بين الأصابع ويكون العلاج المفضل بإجراء خزغ للصفاق وتحرير المسافات العضلية. يجب أن نعلم ان الضغط الطبيعي ضمن الحجرات هو ٤٠ ملم ز وعندما يتجاوز ذلك تبء لدينا تظاهرات تناذر الحجرات

١٥٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في استطببات تناذر الحجرات كل ما يلي صحيح ما عدا: (سؤال خارج المقرر)

- (A) نقص تروية يستمر ٤ - ٦ ساعات ☒ (B) صدمة قبل العمل الجراحي ☒
- (C) الضغط في الحجرة < ٢٠ ملم ز. ☒ (D) نقص حس (خدر) ونقص حركة (شلل) ☒
- ٢) في تناذر الحجرات، الخطأ: (A) العلاج المفضل صادات واسعة الطيف مع مراقبة مستمرة ☒

٣) في تناذر الحجرات كل ما يلي صحيح ما عدا:

- (A) ألم في الربلة خاصة مع التعطيط السلبي ☒ (B) ضياع الحس في المسافة الأولى بين الأصابع ☒
- (C) العلاج بمضادات الوذمة مع راحة ورفع الطرف ☒ (D) يزداد الضغط ضمن المسافات الصفاقية للربلة ☒

٤) في تناذر الحجرات كل ما يلي صحيح ما عدا:

- (A) يمكن أن يؤدي لهبوط قدم ☒ (B) ضياع الحس في المسافة الأولى بين الأصابع ☒
- (C) العلاج بمضادات الوذمة مع راحة ورفع الطرف ☒ (D) يزداد الضغط ضمن المسافات الصفاقية للربلة ☒

المبحث الخامس: الإصابات الوعائية المساريقية

١) أسباب وعلاي نقص التروية المساريقية الحاد

أولاً: الأسباب حيث يمكن أن يحدث للأسباب التالية

١) صمة: حيث يعتبر الشريان العلوي الكان المعتاد للانسداد البعيد وعموماً تتوضع الصمة عند منشأ على بعد عدة سنتيمترات محيطياً (عند مستوى الشريان الكولوني الأوسط) وكما في الانسداد في الطرف السفلي فإن الصمة عادة ما يكون من القلب (رجفان أذيني أو احتشاء عضلة قلبية)

٢) الخثار: إن الانسداد المفاجئ لأفان عصيدية تصلبية موجودة سابقاً في الأوعية الحشوية يمكن أن يسبب نقص تروية مساريقية حاد ويبدأ الخثار عادة عند منشأ الشريان لأن التصلب العصيدي المساريقي عادة يصيب منشأ الشريان. سيعترف هؤلاء المرضى بوجود أعراض سابقة لنقص التروية المساريقية المزمن

٣) نقص التروية المساريقية اللانسدادي. وينجم عن حالات من انخفاض الجريان الدموي للشرايين المساريقية كم يحدث في الصدمة قلبية المنشأ. فقد لوحظت عند المرضى بعد الصدمات القلبية الرئوية وعند المرضى الذين يتطلبون إعطاء جرعات عالية من مضخات الأوعية وريدياً أو مقويات القلب مثل الإبنفرين

ثانياً: العلاج تعتمد المعالجة اللاحقة على الموجودات الشعاعية في التصوير الشرياني الظليل الذي بعد مشخصاً لنقص التروية المساريقية الحاد ويتضمن العلاج

١) يجري استئصال الصمة على الفور إن وجدت وتتلوها معالجة بالمميعات على افتراض وجود منشأ قلبي للصمة

٢) تجرى مجازة أبهرية مساريقية عاجلة إن كان السبب خثاراً (يصيب عادة منشأ الشريان الزلاقي والمساريقي العلوي) وعادة ما تستعمل المجازات الصناعية إلا في حالة وجود احتشاء أمعاء فعندها يفضل الوريد الصافن الكبير

٣) في حال نقص التروية المساريقية اللانسدادية يكون العلاج بالتسريب الوريدي المباشر لموسعات الأوعية مثل البابافرين والنيتروغليسرين في الشريان المساريقي العلوي ويعتبر دعم النتاج القلبي وعكس حالة انخفاض الجريان أمراً في غاية الأهمية

٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في نقص التروية المساريقية الحاد كل ما يلي صحيح ما عدا:

A) يمكن أن يحدث بسبب خثار في سياق آفة تصلبية عصيدية في الأوعية المساريقية ☒

B) عادة ما يستعمل الوريد الصافن الكبير عند وجود احتشاء ☒

C) تتوضع الصمة عادة عند منشأ الشريان المساريقي ☒

D) يمكن أن يحدث في سياق صدمة قلبية ☒

٢) في نقص التروية المساريقية الحاد، الخطأ:

(A) صدمة قلبية ☒

(B) رجفان البطني ☒

(C) صمة عند ملأ الشريان ☒

(3) في نقص التروية المساريقي الحاد، الخطأ:

(A) قد يحدث في سيار صدمة قلبية ☒

(B) يحدث انصمام في الشريان المساريقي العلوي ☒

(C) المحارة المفصلة في الاحتشاء هي المحارة المستعنة ☒

(4) في علاج نقص التروية الممباريقي الحاد، الخطأ: (A) فتح بطن اسعاق بعد ٢٤ ساعة ☒

(5) في علاج نقص التروية المساريقي الحاد:

(A) استئصال الصمة أو إجراء مجازة شريانية ☒

(B) استئصال الأمعاء في كل الحالات ☒

(C) كل ما سبق صحيح ☒

(D) كل ما سبق خطأ ☒

٢٥) المظاهر السريرية لنقص التروية المساريقي المزمن:

١. الألم البطني بعد الطعام: وهو يحدث في الناحية الشرسوفية وعادة من نصف ساعة إلى ساعتين بعد الوجبة.
٢. الخوف من الطعام: وينجم عن الترافق المزمن بين الطعام والألم التالي له.
٣. نقص الوزن.
٤. أعراض إضافية: عسرة الحركية المعدية المعوية، وغالباً ما يتأخر التشخيص النهائي حتى سنة أو سنتين ثم لم يوجد مشعر عال للشك بالإصابة.

٢٦) أسئلة الدورات حول الفترة السابقة:

(١) من المظاهر السريرية في نقص التروية المساريقي المزمن:

(A) الألم البطني بعد الطعام ☒

(B) نقص الوزن ☒

(C) الإسهال ☒

(D) عسر الحركية المعدية المعوية ☒

٢٧) الخثار المساريقي الوريدي:

- أولاً: الأسباب: يترافق عادة مع حالة من فرط قابلية للتخثر بما فيها حالات التشنؤ أو الشذوذات الدموية.
- ثانياً: التشخيص: يوجه للتشخيص بالـ CT الذي يظهر تكاثف المادة الظليلة في جدار الوريد المساريقي بدون وجود جريان في اللمعة.

ثالثاً: العلاج: وهو نمطين:

- (١) معالجة طبية: بإعطاء مانعات التخثر (هيبارين وريدي) ومعالجة السبب الكامن.
- (٢) فتح بطن: وهو ضروري عند المرضى الذين يتطور لديهم التهاب بريتوان ولكن في ٧٥٪ من الحالات يمكن معالجة المرضى طبياً إذا وضع التشخيص سريعاً وأعطى العلاج اللازم.

١١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في الخثار المصاريقي الوريدي:

- (A) يتوافق مع حالات الندى أو الشقوق الدموية ☒
- (B) CT يظهر تكاثف المادة الظليلة في جدار الوريد المصاريقي بدون وجود جريان في التمع ☒
- (C) يحرق فتح بطن في ٧٥٪ من المرضى ☒
- (D) معالجة بإعطاء مانتعات التحثر ومعالجة السبب الكامل ☒

البحث السادس: تضيق الشريان الكلوي

⊗ **أسباب تضيق الشريان الكلوي:** يعتبر التصلب العصيدي وعسر التنسغ الليفي العضلي السببين الأكثر شيوعاً لتضيق الشريان الكلوي ويحدث التصلب العصيدي عادة عند البالغين الأكبر سناً ويصيب مداخل الشرايين الكلوية أما عسر التنسغ الليفي العضلي فيصيب عموماً النساء اليافعات ويسبب تضيقات للقسم المتوسط والبعيد للشرايين الكلوية

١٢ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) من أسباب تضيق الشرايين الكلوية، اختر الصحيحة:

- (A) التصلب العصيدي ويصيب القسم المتوسط والبعيد للشرايين الكلوية ☒
- (B) عسر التنسغ الليفي العضلي ويصيب مداخل الشرايين الكلوية ☒
- (C) كل ما سبق صحيح ☒
- (D) كل ما سبق خطأ ☒

(٢) من أسباب تضيق الشرايين الكلوية، اختر الصحيحة:

- (A) عسر التنسغ الليفي ويصيب الذكور البالغين الأكبر سناً ☒
- (B) التصلب العصيدي ويصيب مداخل الشرايين الكلوية ☒

- (C) كل ما سبق صحيح ☒
- (D) كل ما سبق خطأ ☒

(٣) في تضيق الشريان الكلوي، التصلب العصيدي:

- (A) يصيب البالغين الأكبر سناً ☒
- (B) يصيب مداخل الشرايين الكلوية ☒
- (C) كل ما سبق صحيح ☒
- (D) كل ما سبق خطأ ☒

(٤) عسر التنسغ الليفي العضلي:

- (A) يصيب القسم المتوسط والبعيد للشرايين الكلوية ☒

(٤) المظاهر السريرية لتصيق الشريان الكلوي: يشكل ارتفاع التوتر الشرياني الكلوي المنشأ سبباً نادراً لارتفاع التوتر الشرياني (أقل من ٥ ٪ من كل مرضى ارتفاع التوتر الشرياني) ويجب أن يشك بتشخيص تصيق الشريان الكلوي عند المرضى الذين يبدون المظاهر التالية:

- ١ بدء مفاجئ لارتفاع توتر شرياني شديد عند مرضى أعمارهم أقل من ٣٥ سنة أو أكبر من ٥٥ سنة.
- ٢ تدهور مفاجئ لارتفاع توتر شرياني معالج ومضبوط بشكل جيد سابقاً.
- ٣ عدم التمكن من ضبط ضغط الدم رغم استعمال أدوية عديدة.
- ٤ وجود نفخات في البطن أو الخاصرة مترافقة مع احد المظاهر الثلاثة السابقة.

(٥) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) يشك بوجود تصيق الشريان الكلوي في كل من الحالات التالية ما عدا:

- (A) وجود نفخات في البطن أو الخاصرة ☒
- (B) عدم التمكن من ضبط ضغط الدم رغم استعمال أدوية عديدة ☒
- (C) تدهور مفاجئ لارتفاع توتر شرياني معالج ومضبوط بشكل جيد سابقاً ☒
- (D) بدء مفاجئ لارتفاع توتر شرياني شديد عند مرضى أعمارهم ٣٥ - ٥٥ سنة ☒

❁ علاج تصيق الشريان الكلوي:

أولاً: التوسيع عبر الجلد: حيث يعتبر معالجة فعالة جداً عند المرضى المصابين بآفات في منتصف الشريان الكلوي وتحدث هذه الآفات بشكل متكرر عن المرضى المصابين بعسر تصنع ليفي عضلي وتكون النتائج القريبة والبعيدة للمرضى المختارين ممتازة.

ثانياً: الجبائر: وهي تستخدم مع التوسيع الوعائي وهي أثبتت نجاحها في تدبير المرضى المصابين بتضيق منشأ الشريان الكلوي (تصلب عصيدي موضع).

ثالثاً: استئصال بطانة الشريان الكلوي: وهي يمكن أن تستعمل في حالة تصلب العصيدي الموضع أحادي أو ثنائي الجانب لمنشأ الشريان الكلوي (تصلب عصيدي موضع أحادي أو ثنائي الجانب).

رابعاً: المجازة الأهرية الكلوية: وتوضع بعد الآفة وتعتبر الإجراء الأكثر شيوعاً، ويعتبر الوريد الصافن عند البالغين والشريان الخثلي عند الأطفال المجازتين المفضلتين ويستعمل عادة الأهر إما فوق أو تحت الشريان الكلوي كمنشأ للطعم الشرياني أما المصادر الأخرى للجريان الصادر فهي الشريان الكبدي والشريان الطحالي والشرايين الحرقفية.

وفي نسبة قليلة من المرضى الذين لديهم آفات متعددة تصيب كلا الشريان الكلوي الرئيسي وفروع السرة الكلوية يمكن أن تتناصل الكلية وتبرد ويتم إصلاحها خارج الجسم ثم تعاد إلى مكانها التشريحي أو تزرع في الحوض.

خامساً: استئصال الكلية: وهو إجراء يهدف في حالة وجود آفة وحيدة الجانب مع كلية سليمة في الجانب المقابل ويكون الاستئصال ارتفاع التوتر الشرياني معتمد مع ارتفاع الوريد من الكلية السليمة وتنسب الكلية السليمة وغادة يحتل هذا الإجراء للكلية الصغيرة غير المعالة وشيقاً.

سادساً: العلاج الدوائي (الأدوية الحافظة للضغط): وهو يعد إجراء أكثر حكمة من الجراحة للمرضى المتألمين بتصلب عصيدي معمم وعلى العكس تكون المعالجة الطبية أقل من الإجراءات الجراحية عند الأطفال أو المرضى المسنين بحسب تصنع ليفي عضلي، وترتفع مخاطر المعالجة الطبية عندما يكون الضغط الدموي شاذاً أو صاحب الضغط لذلك تستعمل لضبط الضغط الشرياني المرتفع بشكل خفيف أو معتدل بسبب تضيق الشريان الكلوي (الضغط الانسيابي ٩٠-١٠٠ مم. ق. Hg).

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) تستطب المعالجة الطبية لتضيق الشريان الكلوي في الحالات التالية:

(A) عسر تصنع ليفي عضلي ☒ (B) تصلب عصيدي معتمد ☒

(C) كلاهما صح ☒ (D) كلاهما خطأ ☒

٢) علاجات تضيق الشريان الكلوي كل مايلي صحيح ما عدا:

(A) التوسيع عبر الجلد عند مرضى عسر التصنع الليفي العضلي يؤدي إلى تحسن ☒

(B) استئصال الكلية وإصلاحها خارج الجسم في الإصابات المتعددة للشريان الكلوي الرئيسي وفروع السرة الكلوية ☒

(C) استئصال بطانة الشرياني ☒

(D) يفيد التوسيع والحيائر بوجود آفات منتشرة في فروع الشرايين الكلوية ☒

٣) سؤال وصل:

١- علاج التصلب العصيدي المنتشر (المعمم) ، الجواب: C

٢- علاج التصلب العصيدي الموضع، الجواب: B

٣- علاج عسر التصنع الليفي العضلي، الجواب: A

(A) توسيع عبر الجلد (B) توسيع + جبائر (C) طبي دوائي

٤) **مفعر الرينين الكلوي/البهاري:** وهو يثبت مساهمة كل كلية في ريني البلازما وتثبت تثبط الكلية المقابلة عند

وجود إصابة كلوية وحيدة الجانب.

١. المعادلة هي: (رينين الوريد الكلوي - رينين الأجوف تحت الكلويين) / الرينين الجهازي

٢. إن ارتفاع الشعر عن ١.٤٨ يوجه لوجود فرط إفراز في الكلية المفحوصة.

٣. أما عندما يقترب الشعر من الصفر فهذا يوجه لتثبيط في هذه الكلية.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) من خلال الإجراء التشخيصي لتضييق الشريان الكلوي تبين أن مشعر الريتين الكلوي/الجهاز في الكلية اليمنى يساوي ٠.٦ وفي الكلية اليسرى ٠.٢ فهذا يعني:
(A) تضيق شريان كلوي أمين ☒

البحث السابع : الآفات الوعائية الدماغية خارج القحف

(B) المجمامه الإقفارية العابرة، وهي نوبات من الأعراض العصبية الموضعة، سببها إصابة الشريان السباتي بالخاصة، وتنتشر المتلازمة ببداية مفاجئة وتصل الأعراض ذروتها خلال أقل من ٥ دقائق ويحصل الانفراج السريع خلال ١٥ دقيقة أما بالتعريف فيحصل الشفاء خلال ٢٤ ساعة وتتوافق الأعراض العصبية مع التوزيع الشرياني لنصف الكرة المخية المحدد. أما الأعراض فهي (١) عجز حركي وحسي في الجهة المقابلة للشريان السباتي المصاب (٢) حبة تعبيرية أو عامة.

As أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في الهجمات الإقفارية العابرة أين الإجابة الخاطئة:

(A) بداية مفاجئة ☒ (B) تنشأ من إصابة الشريان السباتي بالخاصة ☒

(C) من الأعراض الحبة التعبيرية ☒ (D) من الأعراض الهزء ☒

(٢) في الهجمات الإقفارية العابرة أين الإجابة الصحيحة:

(A) تصل الأعراض ذروتها خلال ٣٥ د ☒ (B) يحصل الانفراج السريع خلال ساعة ☒

(C) يحصل الشفاء خلال ٤٨ ساعة ☒

(D) تتوافق الأعراض مع التوزيع الشرياني لنصف الكرة المخية المحدد ☒

(B) فقد الرؤية المفاجئ، وهو فقد رؤية وحيد الجانب ويكون عابراً بسبب صمة في الشريان الشبكي وقد يظهر فحص الشبكية وجود لويحات كولسترولية صفراء فاقعة او رمادية ضمن الشريان الشبكي.

As أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في فقد الرؤية المفاجئ أين الإجابة الخاطئة:

(A) سببه صمة في الشريان الشبكي ☒ (B) يكون وحيد الجانب ☒

(C) بالفحص يوجد لويحات كولسترولية صفراء في الشبكية ☒ (D) هو إصابة دائمة ☒

١٠ إصابة الشريان القاعدي: تعدي الشرايين الطرفية القاعدية الدوران الخللي للدماء ويمكن أن تتظاهر أعراض نفس الشروية القروية القاعدية بشكل نفس شروية عامر أو فالح وقد تتضمن الأعراض ما يلي (١) فقدان الوعي شفع (٢) الهزع أو اضطراب التوازن

١١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في حال إصابة شخص بالهزع واضطراب التوازن نفكر في إصابة الشريان:

(A) الشريان السباتي الباطن ☒ (B) الشريان القروي القاعدي ☒

(C) كلاهما خطأ ☒ (D) كلاهما صح ☒

٢ سؤال وصل:

١- عجز حركي أيمن ، الجواب: B

٢- عجز حركي أيسر ، الجواب: A

٣- فقدان الرؤية ، الجواب: C

٤- الهزع ، الجواب: C

٥- حبسة تعبيرية ، الجواب: B

(A) إصابة شريان سباتي أيمن (B) إصابة شريان سباتي أيسر (C) إصابة شريان فقري قاعدي

١٢ النفاخات السباتية: وهي تحدث بسبب اضطراب في الجريان الدموي ضمن الجهاز السباتي ولأن معظم الآفات

العصيدية التصليبية تحدث عند مستوى تفرع الشريان السباتي فإن النفاخات الناشئة من السباتي أفضل ما تسع أسفل زاوية الفك ويمكن أن تختلط النفاخات السباتية مع النفاخات المبثوثة من القلب أو مع النفاخات القلبية وهذه على كل حال عادة ما تسمع في الجانبين وأكثر ارتفاعاً في أسفل العنق. ويجب أن نعلم ما يلي.

١. لا يمكن الاعتماد على النفاخات السباتية كمعشر لآفة الشريانية السباتية الشديدة فتقريباً ٦٠٪ من المرضى الذين لديهم نفاخات يكون عندهم بعض الإصابة في الشريان السباتي فقط ٣٥٪ من المرضى الذين لديهم نفاخات يكون لديهم إصابة هيموديناميكية هامة و ٥٠٪ من المرضى فقط يكون لديهم نفاخات من أصل كل المرضى الذين لديهم تضيقات هامة هيموديناميكية.

٢. يعتبر وجود النفاخات السباتية مشعراً أكثر أهمية في توقع حدوث احتشاء العضلة القلبية أكثر منه معبراً عن توقع حدوث الفالج في نفس الجهة لذلك وجود النفاخات السباتية يجب أن ينبه الفاحص عن وجود آفة تصليبية عصيدية معممة (وخاصة آفة الشريان الإكليلي) وليس فقط آفة سباتية.

١٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) النفاخات السباتية ما عدا: (A) يمكن الاعتماد عليها كمعشرات لآفة الشريانية السباتية الشديدة ☒

(٢) النفاخات السباتية:

(B) لا تلغيد في إمكانية وجود إصابة قلبية ☒

(A) يشعر مهم لتقييم وجود تضيق ☒

(D) الجواب الصحيح ☒

(C) تعتبر مسوعة بالأبهر أفضل من أعلى العنق ☒

(3) هل يمكن اعتبار النفخات السباتية مشعراً للتضيق في الشريان السباتي:

(B) لا ☒

(A) نعم ☒

(4) النفخات السباتية:

(B) لا تلغيد في إمكانية وجود إصابة (كلىة) ☒

(A) يشعر مهم لتقييم وجود تضيق سباتي ☒

(D) كل ما سبق خطأ ☒

(C) تسمع أسفل العنق ☒

⊕ جدول خراجي هام من سلاحيات الدكتور لتقييم شدة التضيق في الشريان السباتي:

Vr	EDV	PSV	نسبة التضيق
نسبة السرعة	سرعة نهاية الانبساط	سرعة قمة الانقباض	
$Vr < 4.0$	$EDV < 140$	$PSV < 123$	طبيعي
$Vr < 4.0$	$EDV < 140$	$PSV < 123$	١ - ١٥ %
$Vr < 4.0$	$EDV > 140$	$PSV < 123$	١٦ - ٤٩ %
$Vr < 4.0$	$EDV < 140$	$PSV > 123$	٥٠ - ٧٩ %
$Vr > 4.0$	$EDV > 140$	$PSV > 123$	٨٠ - ٩٩ %

B) أسئلة الدورات حول الجدول السابق:

(١) مريض لديه بالإيكو دوبلر سرعة قمة الانقباض في الشريان السباتي الباطن ٢٦٧ وسرعة نهاية الانبساط ١٢٣ ونسبة السرعة ٢.٣٢ فإن مقدار التضيق في الشريان السباتي لديه هي:

(B) ١٦ - ٤٩ % ☒

(A) ١ - ١٥ % ☒

(D) ٨٠ - ٩٩ % ☒

(C) ٥٠ - ٧٩ % ☒

(٢) سؤال فراغات:

(A) أكبر من ١٢٣ (B) أقل من ١٢٣ (C) أكبر من ١٤٠ (D) أقل من ١٤٠

في حال وجود تضيق في الشريان السباتي بنسبة ٥٠ - ٧٩ % فعند إجراء إيكو دوبلر تكون سرعة الجريان في نهاية الانبساط (D) وتكون قمة الجريان في الانقباض (A) وفي حال التضيق بنسبة ٨٠ - ٩٩ % فعند إجراء إيكو دوبلر تكون سرعة الجريان في نهاية الانبساط (C) وتكون قمة الجريان في الانقباض (A)

⊕ المعالجة الطبية للتضيق السباتي، بالتدخل الوعائي، وهو عامل مضاد للتصلبات ثبتت فعاليته في إنقاص خطر

حدوث الداء في المرضى الذين لديهم سوابق ثوبات نقص تروية عابرة TIA أو قالج سابق ويتفوق التيكلوبيديين

يشكل معتقد على الأسبرين في الفاصد الخطورة وهو على كل حال يتوافق بأعراض جانبية عامة مثل نقص معتدلات
عكوس في ٢٠٤٪ من المرضى ونسبة عالية من عدم التحمل ٩٠٪ من المرضى وبعض به حالاً للمرضى العرضيين
الذين لا يعتبرون مؤهلين للجراحة والذين لا يستجيبون للأسبرين أو الذين لم يتحملوا الأسبرين أو لديهم فالح كبد

أسئلة الدورات حول الفترة السابقة:

١) يعطى التيكلوبيدين في آفات الشرايين السباتية في الحالات التالية:

- (A) المرضى العرضيين الذين لا يعتبرون مؤهلين للجراحة ☒
(B) المرضى الذين لديهم فالح كبير ☒
(C) كل ما سبق صحيح ☒
(D) كل ما سبق خطأ ☒

٢) استطباه العلاج الجراحي (استئصال بطانة الشريان) في حالة آفاته الشريان السباتي:

أولاً: المرضى العرضيين: وتشمل ((فالح غير مقعد ونقص تروية عابر وعمى مؤقت)) مع وجود تضيق بنسبة ٥٠ - ٩٩٪
في الشريان السباتي الموافق إن نسبة الخطورة خلال سنتين للفالح في نفس الجانب تساوي ٩٪ في المرضى العرضيين مع
درجة عالية من التضيق المعالج بالجراحة والأسبرين أما المرضى المائلين والذين عولجوا بالأسبرين فقط فليدهم احتمال
الإصابة بالفالح في نفس الجانب يصل لـ ٢٦٪

ثانياً: المرضى اللا عرضيين: يمكن أن يستفيد هؤلاء المرضى عندما يكون لديهم تضيق بنسبة ٦٠ - ٩٠٪ من الإصلاح
الجراحي. وتترافق تضيقات السباتي العالية الدرجة اللا عرضية بنسبة فالح تصل تقريباً لـ ١٠٦٪ خلال ٥ سنوات وإذا
ما أجريت الجراحة مع نسبة اختلاطات ووفيات أقل من ٣٪ يمكن أن تنقص خطورة حدوث فالح لـ ٤٨٪ خلال ٥
سنوات

أسئلة الدورات حول الفترة السابقة:

١) يستطب استئصال بطانة الشريان السباتي في الحالات التالية ما عدا:

- (A) فقد رؤية عابر مع تضيق ٥٠ - ٩٩٪ ☒
(B) TIA مع تضيق ٥٠ - ٩٩٪ ☒
(C) CVA مع تضيق ٥٠ - ٩٩٪ ☒
(D) فالح مقعد مع تضيق ٦٠٪ ☒

٢) يستطب استئصال بطانة الشريان السباتي في الحالات التالية ما عدا:

- (A) فقد رؤية عابر مع تضيق ٨٠٪ ☒
(B) نقص تروية عابر مع تضيق ٩٠٪ ☒
(C) حادث وعائي دماغي مع تضيق ٩٠٪ ☒
(D) فالح مقعد مع تضيق ٦٥٪ ☒

٣) مضاعفات استطباه العلاج الجراحي (استئصال بطانة الشريان) في حالة آفاته الشريان السباتي:

- ١- فالح مقعد وخاصة مع تغير حالة وعي المريض
٢- انسداد قام للشريان السباتي
٣- وجود مرض داخلي شديد والذي يمكن أن ينقص المدة المتوقعة للحياة

١٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) مضادات استقلاب الجراحة في الآفات الوعائية الدماغية، اختر الخاطئة:
(A) فالج متقد مع تغير حالة وعي المريض ☒
(B) انسداد تام للشريان السباتي ☒
(C) مرض داخلي شديد والذي يمكن أن ينقص المدة المتوقعة للحياة ☒
(D) كل ما سبق صحيح ☒
- ٢) مضادات استقلاب الجراحة في CVA:
(A) انسداد تام للشريان السباتي ☒
(B) نقص تروية في الطرف السفلي ☒
(C) مرض داخلي شديد والذي يمكن أن ينقص المدة المتوقعة للحياة ☒
(D) فالج متقد ☒

⊗ استطباه وضع الخنزير في عمليات استئصال بطانة الشريان، يتم ذلك بناءً على الأسس التالية:

- ١- قياس الضغط الراجع في الشريان السباتي الباطن بعد وضع ملاقط على الشريانين السباتيين الأصلي والظاهر فإذا كان الضغط الوسطي يزيد عن ٥٠ ملم ز. فلا يعد استعمال الشنت ضرورياً
- ٢- مراقبة تغيرات تخطيط الدماغ الكهربائي بعد وضع ملاقط على الشريانين السباتيين الأصلي والظاهر فإذا ما حدث تباطؤ فلا بد من استعمال الشنت.

١٣) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) يستطب وضع الشنت في عمليات استئصال بطانة الشريان السباتي، اختر الصحيحة:
(A) إذا كان الضغط الوسطي أقل من ٧٠ ملم ز. ☒
(B) إذا حدث تباطؤ في تخطيط الدماغ بعد وضع ملاقط على السباتين الأصلي والظاهر ☒
(C) كل ما سبق صحيح ☒
(D) كل ما سبق خطأ ☒

⊗ اختلاطات الجراحة: الفالج - نقص تروية دماغي عابر - النزف - الأذية في الأعصاب القحفية (خاصة المبهم ١٠ وتحت اللساني ١٢) - واختلاطات تتعلق بوضع المريض الطبي وخاصة احتشاء عضلة قلبية.

١٤) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) اختلاطات الجراحة في الآفات الوعائية الدماغية: (مفتاح)
(A) الفالج ☒
(B) نقص التروية العابر ☒

- (C) إصابة العصب القحفي ٩ ☒
(D) إصابة العصب القحفي ١٠ و ٣ ☒

٢) اختلاطات الجراحة في الآفات الوعائية الدماغية:

- (A) الفالج ☒
(B) نقص التروية العابر ☒

- (C) إصابة العصب القحفي ٩ ☒
(D) النزف ☒

البحت الثامن: أمهات الدم

١) أيا من توضع أمهات الدم، إن أضع مكان لتوضع أم الدم الأبهريه المطبقة هو الشريان الأبهري تحت مستوى منشأ الشريانين الكلويين أما أمهات الدم المحيطية فأضع مكان لتوضعها هو الشريان القاصي

٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أضع أماكن توضع أمهات الدم:

A) الشريان الأبهري تحت مستوى الشريانين الكلويين ☒

B) الشريان القاصي ☒

C) كلاهما صح ☒

D) كلاهما خطأ ☒

٢) تخيص أم دم أبهرية بطنية متمزقة: يتضمن التشخيص الثالث العرضي السريري التالي عند المرضى

المستقرين هيموديناميكياً (دون أي تاريخ سابق أو اشتباه بالصدمة)

١) ألم شديد موضع في البطن أو الخاصرة أو الظهر ٢) كتلة بطنية نابضة ومؤلمة ٣) الصدمة

٢) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في أعراض وعلامات تمزق أم الدم كل ما يلي صحيح ما عدا:

B) كتلة بطنية نابضة ومؤلمة ☒

A) ألم شديد موضع في البطن أو الخاصرة أو الظهر ☒

D) ألم مرافق في الطرفين السفليين ☒

C) الصدمة ☒

٣) عوامل خطورة تمزق أم الدم: تتضمن العوامل ما يلي:

١. حجم أم الدم: حيث تقدر نسب تمزق أم الدم خلال ٥ سنوات بـ:

أ. ٩٪ إذا كان قطر أم الدم أقل من ٥ سم

ب. ٣٥٪ إذا كان قطر أم الدم ٥.٥ - ٧ سم

ت. ٧٥٪ إذا كان قطر أم الدم أكبر من ٧ سم

٢. نسبة توسع أم الدم: إذا كانت نسبة التوسع أكثر من ٤ ملم/سنة

٣. وجود ارتفاع توتر شرياني وآفة رئوية سادة مزمنة COPD

٢) أسئلة الدورات حول الفترة السابقة:

١) خطورة تمزق أم الدم بحسب الحجم، اختر الخاطئة:

B) ٣٥٪ إذا كان قطر أم الدم أقل من ٥.٥ - ٧ سم ☒

A) ٩٪ إذا كان قطر أم الدم أقل من ٥.٥ سم ☒

D) الجواب الخاطئ ☒

C) ٧٥٪ إذا كان قطر أم الدم أكبر من ٧ سم ☒

٢٠ استطبائهم الجراحة على أمهات الدم:

١. الحجم: إن المرضى الذين لديهم أم دم حجمها أقل من ٥ سم ولا عرشييين يتابعون بواسطة فحوصات بالأشعة فوق الصوتية كل ٣-١٢ شهر لتحديد نموها وعندما يصبح حجمها أكبر من ٥ سم يعتبر المريض مرشحاً للعمل الجراحي.
٢. نسبة النمو: يقدر معدل النمو لأمهات الدم الأبهرية البطنية من ٢-٨ ملم/سنة وتعتبر أمهات الدم المتوسعة والتي تنمو بمعدل أكثر من ٤ ملم/سنة على قائمة الإصلاح الجراحي.
٣. الأعراض: إن غالبية أمهات الدم الأبهرية البطنية تكون لا عرضية أما عند ظهور الأعراض فيصبح المريض مرشحاً للجراحة بشكل إلزامي ومن الأعراض (تمزق - ألم في البطن أو الظهر أو الخاصرة غير مفسر - صمات محيطية).

٢١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) استطبائهم الجراحة على أم الدم:

- A) حجمها أكبر من ٥ سم ☒
- B) تمزق ☒
- C) ألم في البطن أو الظهر أو الخاصرة غير مفسر ☒
- D) معدل نموها أكثر من ٢ ملم/سنة ☒

٢٢ نفس التروية في الحبل الشوكي: وهو اختلاط نادر (يشكل ٠.٢٥٪) في جراحة أم الدم الأبهرية البطنية ولكنه

شائع في معظم حالات تمزق أمهات الدم ويحدث هذا الاختلاط بسبب انخفاض الجريان عبر شريان آدم كويكر بسبب انخفاض الضغط الجهازى أو وضع الملقط على الأبر أو ربط الشرايين الوريدية القطنية وتتميز متلازمة الشريان الشوكي الأمامي التقليدية بـ: شلل نصفي - سلس مستقيمي بولي - ضياع حس الألم ولكن يبقى حس الاهتزاز والاستقبال (بسبب استقلال الدوران الأمامي والخلفي للقسم السفلي والمتوسط للنخاع الشوكي).

٢٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في متلازمة الشريان الشوكي الأمامي التقليدية كل ما يلي صحيح ما عدا:

- A) شلل شقي ☒
- B) سلس مستقيمي فقط ☒
- C) سلس مستقيمي بولي ☒
- D) ضياع حس الألم ولكن يبقى حس الاهتزاز والاستقبال ☒
- ٢) في متلازمة الشريان الشوكي الأمامي التقليدية كل ما يلي صحيح ما عدا:
- A) شلل نصفي ☒
- B) فقد حس الاهتزاز والاستقبال ☒
- C) سلس بولي ☒
- D) سلس مستقيمي ☒

٢٤ إلتان الوصلة الأبهرية: عادة ما يكون اختلاط متأخر للجراحة ويمكن أن يحدث في جسم الوصلة أو عند

الفاغرات ويمكن أن يحدث بسبب الازدراع الجرثومي إما وقت زرع الوصلة أو في وقت لاحق بسبب تجرثم الدم وتعد التكررات العنقودية المذهبة العضوية الممرضة الأكثر شيوعاً كما تشاهد العنقوديات الجلدية بشكل متكرر أيضاً.

أما العلاج فيتم من خلال استبعاد كامل للوصلة الشريانية (من خلال فتح بطن) وإجراء وصلة خارج تشريحية ويمكن وضع الوصلة الخارج تشريحية قبل إزالة الوصلة المثبتة في الرئتين المستقرتين هيموديناميكياً وعادة ما تدار من وصلة إبطية فخذية ثنائية الجانب.

٢٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) العضوية الممرضة الأكثر شيوعاً في إحداث إنتان الوصلة الأبهرية هي:

(A) الكليبسيلا ☒

(B) العقنوقية المذهبة ☒

(C) العقنوقيات الجلدية ☒

(D) العقديات المقيحة ☒

٢٤ أممات الدم الأبهرية البطنية الجرثومية: وهي تحدث بسبب التهاب جرثومي للجدار الأمامي وتكون المتعضية

الأكثر شيوعاً تحت مستوى الكلويين هي السالمونيلا وتكون هذه الأممات دم كيسية عادة وتحدث في مواقع غير نموذجية وينقصها تكلس جدارها وتنتشر الإصابة عادة بارتفاع الحرارة وتعداد الكريات البيض وإيجابية زرع الدم وقد يوجد دليل لوجود صمة انتانية. وتبدء المعالجة بالزرع والتحسس للصادات ثم يتم استقصاء أم الدم جراحياً فإذا لم تكن هنالك نتحة ما حول الأبهر وكان الفحص الجرثومي للجسم القريب والبعيد من الشريان سليماً عندها تصلح أم الدم بوضع وصلة شريانية في المكان. أما إذا وجدت نتحة قححية كبيرة فتستأصل أم الدم والنسج المحيطة بها ويغلق الأبهر ثم توضع وصلة خارج تشريحية مثل وصلة إبطية فخذية ثنائية الجانب. تستطب المعالجة طويلة الأمد بالصادات عند هؤلاء المرضى.

٢٥ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) أممات الدم الجرثومية:

(A) تكون كيسية عادة ☒

(B) يصاب جدارها بالتكلس ☒

(E) كل ما سبق خطأ ☒

(D) كل ما سبق صحيح ☒

(C) علاجها دائماً بوضع وصلة في المكان ☒

٢٦ أممات الدم في الشريان الطعالي: وهي تعد الإصابة الأكثر شيوعاً التي تصيب الدوران الحشوي وتشمل

أسبابها: عسر التصنع الليفي وارتفاع التوتر الباطني وتكرر الولادات والالتهابات (خاصة عقب التهاب البنكرياس). أما التشخيص فيتم غالباً صدفة خلال إجراء صورة بسيطة للبطن ويظهر في الربع العلوي الأيسر للبطن تكلس خاتمي الشكل. وتبلغ نسبة تمزقها عندما تكون دقيقة وعند النساء غير الحوامل ٢٪ وتبلغ نسبة الوفيات بسبب التمزق ٢٥٪ أما نسبة التمزق عند النساء الحوامل فتبلغ ٩٠٪. أما استطببات الإصلاح الجراحي فتشمل التمزق وظهور الأعراض (ألم في الربع العلوي الأيسر) وظهور أم دم في امرأة في سن نشاط تناسلي وحجم أكبر من ٢ سم ويتم

الإصلاح الجراحي من خلال ربط الشريان الطحالي قبل وبعد أم الدم مع أو بدون استئصال الطحال كما هو
تسمح الإصابة بالطريق داخل الوعاء في بعض الحالات الانتخابية

٢٢ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أسباب أمهات دم الشريان الطحالي:

- (A) عسر تصنع ليفي ☒
(B) ارتفاع التوتر الباهي ☒
(C) بعد التهاب بنكرياس ☒
(D) تكرار الولادات ☒
(E) كل ما سبق صحيح ☒

٢) أسباب أمهات دم الشريان الطحالي:

- (A) عسر تصنع ليفي ☒
(B) ارتفاع التوتر الباهي ☒
(C) تكرار الولادات ☒
(D) رض على البطن ☒

٣) استطببات الإصلاح الجراحي لأمهات دم الشريان الطحالي ما عدا: (A) رض على البطن

⊗ أمهات الدم في الشريان المأبضي (أمهات الدم المحيطية): وهو الشريان الأكثر شيوعاً لحدوث أمهات الدم

المأبضية وعادة ما يكون السبب هو التصلب العصيدي. أما المظاهر السريرية ففي ٥٠٪ من الحالات تقريباً تكون
ثنائية الجانب وفي ٢٥٪ من هؤلاء يتواجدون مع أمهات دم أبهرية بطنية أما الاختلاطات الأكثر شيوعاً فهي
الصمة والخثار ويجب أن تصلح هذه الإصابات عند اكتشافها لأن الاختلاطات الإقفارية يمكن أن تؤدي إلى بشكل
متكرر إلى خسارة الطرف أما تمزق هذه الآفات فهو نادر للغاية.

٢٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) الخطأ في أمهات دم الشريان المأبضي:

- (A) ثنائية الجانب في ٥٠٪ من الحالات ☒
(B) التمزق فيها شائع ☒
(C) أشيع اختلاط الصمة والخثار ☒
(D) سببها التصلب ☒

سؤال وصل تجميعي:

١- أمهات الدم الشريانية، الجواب: B

٢- أمهات الدم الجرثومية، الجواب: A

٣- أمهات الدم الالتهابية، الجواب: D

٤- أمهات الدم الطحالية، الجواب: E

٥- أمهات الدم المحيطية المأبضية، الجواب: C

(A) كيسية عادة (B) تكلسية (C) التمزق نادر (D) تتمزق جدرانها (E) عسر تصنع ليفي

الدخث التاسع : الآفات الوعائية التشنجية (داء رينو)

٢٥ التعريف: بالأمراض الوعائية التشنجية، وهي عبارة عن آفات تصيب بشكل رئيسي الشرايين الإسغمية والشرايين الطرف العلوي والسفلي وتتضمن الأعراض الشائعة : الألم والخدر والبرودة وفي بعض الأحيان القرحات الجلدية. وبشكل عام تسبب الأعراض على كلاً من اليدين وتنف عن الإبهامين. ويمكن أن تترافق التشنجات الوعائية مع الآفات الوعائية الكولاجينية والتصلب العصيدي والروماتيزم والصدات من آفات شريانية محيطية أو يمكن أن لا تترافق بإصابة محددة.

٢٦ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) من الأعراض الشائعة في الآفات الوعائية التشنجية كل ما يلي صحيح ما عدا:

- (A) الألم والخدر والبرودة ☒ (B) غياب النبض ☒
(C) قرحات جلدية ☒ (D) تصيب كلاً من اليدين وتنف عن الإبهامين ☒

٢٧ جدول هام وخارج المقرر للمقارنة بين داء رينو (داء رينو الأولي) وظاهرة رينو (داء رينو الثانوي):

داء رينو الأولي (داء رينو)	داء رينو الثانوي (ظاهرة رينو)	
أقل أو يساوي الـ ٣٠ سنة	أكبر أو يساوي الـ ٣٠ سنة	عمر الإصابة
نادر ، سطحي	شائع	التقرح الإصبعي (الغانغرين)
طبيعية	متوسعة ومتعرجة	شعريات سرير الأظافر
سلبية أو منخفضة العيار	مرتفعة	الأضداد الذاتية
لا تترافق	تترافق	الترافق مع الآفات الجهازية
سليم ولا يوجد خسارة للنسج	خطير بسبب التقرح والموت	الإنذار

٢٨ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في داء رينو:

- (A) عيار الأضداد سلبي أو منخفض في رينو الأولي ☒ (B) رينو الأولي يحدث بعد أكبر من ٣٠ ☒
(C) الشعريات في سرير الظفر طبيعية وغير متعرجة في رينو الأولي ☒ (D) رينو الثانوي يترافق مع آفة جهازية ☒

(٢) في داء رينو الثانوي ما عدا: (A) شعريات سرير الأظافر طبيعية ☒

(٣) في داء رينو الخطأ:

- (A) عيار الأضداد سلبي في رينو الأولي ☒ (B) القرحات غالباً في رينو الأولي ☒

(C) الشعريات في سرير الظفر سليمة في رينو الأولي ☒

(٤) في داء رينو كل مايلي خطأ ما عدا:

- (A) عيار الأندلس مرتفع في رينو الأولي ☒
- (B) رينو الأولي يحدث عند الشباب بعد عمر ٣٠ ☒
- (C) الشحوب في رينو الأولي متوسعة وكثيرة في رينو الثانوي ☒
- (D) تشيع الطرقات في رينو الأولي ☒

٢٠ التغير اللوني المتتالي الذي يحصل الأسرع في ظاهرة رينو ، ماذا يكون:

- (١) الشحوب: ويحدث بسبب التشنج الوعائي الشديد في الأوعية الأوعية
- (٢) الأزرقان: ويحدث بسبب بطأ الجريان الدموي وتقص الأكسجة الدموية الشحوب الناجم عن ذلك
- (٣) الاحمرار: ويحدث بسبب فرط التروية الانعكاسي.

٢١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) يكون ترتيب الحوادث الحاصلة في ظاهر رينو:

- (A) أزرقان ثم شحوب ثم احمرار ☒
- (B) شحوب ثم أزرقان ثم احمرار ☒
- (C) احمرار ثم شحوب ثم أزرقان ☒
- (D) شحوب ثم احمرار ثم أزرقان ☒

٢٢ علاج داء رينو الأولي والثانوي:

في داء رينو الثانوي (ظاهرة رينو): يجب تجنب البرد وحماية اليدين بواسطة كفوف أو مدفعي اليدين في الجو شديد البرودة كم يجب تجنب التدخين واستعمال حاصرات الكالسيوم (نفيديبين) وهو الدواء المختار واستعمال الفينوكسي بينزامين لحصر مستقبلات ألفا والذي قد يكون ذا فائدة. لا يوصى بخزع الودي الرقبي إلا عند حدوث تقرح.

في داء رينو الأولي (داء رينو): مشابه للمعالجة في ظاهرة رينو أما خزع الودي الرقبي فهو غير مستطب إطلاقاً.

٢٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- (١) في علاج داء رينو الأولي ما عدا: (A) خزع ودي رقبي ☒
- (٢) في تدبير ظاهرة رينو: (A) خزع ودي دوماً ☒ (B) تجنب البرد ☒ (C) تجنب التدخين ☒
- (٣) أدوية يمكن استعمالها لعلاج داء رينو كل ما يلي صحيح ما عدا: (A) بروتاسايكلين ☒ (B) حاصرات بيتا ☒ (C) أسبرين ☒ (D) نفيديبين ☒

البحت العاشر: الآفات الوريدية

٢٤ التعريف بالدوالي الوريدية: وهي شبكات متوسعة في الجهاز الوريدي تحت الجلد وتنتج بسبب قصور الدسامات في الجهاز الوريدي السطحي أو العميق أو جهاز الثواقب ولا يعد خثار الوريد العميق DVT عاملاً في تطورها.

١١) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) أسباب الدوالي كل ما يلي صحيح ما عدا:
(A) قصور دسامات سطحية ☒

(C) قصور دسامات عميق ☒

٢) الخثار الوريدي العميق DVT ☒

(D) قصور جهاز الثالوث ☒

١٢) استطبابات الجراحة على الدوالي:

١. نزع سابق أو تهديد بالنزف من القرحات الوريدية: إن النزع غير المؤلم الذي يمكن أن يحدث من هذه الأدوات يمكن أن يكون مؤشر إنذاري للعريض والطبيب وعادة ما يسيطر عليه بمشاركة رفع الطرف مع الضغط المباشر بتلو ذلك وضع أربطة ضاغطة

٢. نكس الألم في مكان الدوالي أو نكس التهاب الوريد السطحي للتوسعات الدالية ٣. اعتبارات تجميلية

١٣) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) في استطبابات الجراحة على الدوالي كل ما يلي صحيح ما عدا:

(A) نكس الألم أو نكس التهاب الوريد السطحي للتوسعات الدالية ☒ (B) الخثار الوريدي العميق DVT ☒

(C) نزع سابق أو تهديد بالنزف من القرحات الوريدية ☒ (D) اعتبارات تجميلية ☒

١٤) علاج التهاب الوريد الخثري السطحي:

١. راحة في السرير مع رفع الطرف

٢. تطبيق حرارة موضعية لتخفيف الألم

٣. إعطاء مضادات التهاب الالاستيروئيدية

٤. ارتداء جوارب داعمة خلال فترة التهاب وكذلك للوقاية

١٥) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

١) علاج التهاب الوريد الخثري السطحي كل ما يلي صحيح ما عدا:

(A) مضادات التهاب الالاستيروئيدية ☒ (B) مسجات ☒

(C) رفع الطرف ☒ (D) تطبيق حرارة موضعية ☒

١٦) تشخيص الخثار الوريدي العميق DVT من خلال الدوبلكس بالأموح فوق الصوتية: وهي الطريقة غير

الجراحة الدقيقة والأكثر شيوعاً لتشخيصه ويشير الدوبلكس لنوعين من التقييم بالأموح فوق الصوتية تستعمل

لإنجاز الاختبار

١. الموجات الدوبلرية فوق الصوتية: وتصل نسبة صحة الاختيار فيها إلى ٨٠ - ٩٠٪ وتظهر مايلي:

٢. أطوار الجريان: تغيرات الجريان في الوريد الفحوص أثناء التنفس

١- التحريض (الزيادة) وهي زيادة الجريان في الوريد المخوص عندما تفسر الموصوعة العضلية الأكثر سطحية منه هذه المتابعة تحبر الجريان الدموي بالاتجاه المركزي عندما لا يكون الوريد مسدوداً.
٢- وجود اختلاف في موجات التصوير بالأصباح فوق الصوتية بين الطرف المريض والسليم
٣- التقييم بنوع B-Mode Evaluation وتظهر النبضة فوق الصوتية كصورة حقيقية للوريد المخوص فالوريد الطبيعي سيكون قابلاً للانضغاط بسهولة وستبدو جذران الوريد حقيقية وهي تتحسس ولأن الخثرة السادة لها نفس الكثافة الصوتية للدم فإن قابلية الانضغاط والاختصاص للحد من الوريدية يعتقد بأنها أكثر دقة في تحري وجود الخثار الوريدي العميق من إظهار الخثرة في النعمة

٢١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في الـ DVT يظهر بالدوبلكس:

(A) الوريد قابل للانضغاط ☒

(B) زيادة الجريان بالوريد عند عصر العضلات المحيطة ☒

(C) كل ما سبق صحيح ☒

(D) كل ما سبق خطأ ☒

٢٢ علاج الخثار الوريدي العميق:

١. يعطى الهيبارين تسريباً وريدياً لمدة ٥-١٠ أيام يتبعه استعمال الوارفارين أو الهيبارين تحت الجلد لمدة ٣-٦ أشهر.
٢. تستعمل المعالجة الحالة للخثرة باليوروكناز إذا سبب الخثار الوريدي العميق الواسع إعاقة التروية ولا تزال المعلومات التي تدعم استعمال المعالجة الحالة للخثرة لمنع أو إنقاص نسبة حدوث أو شدة المعالجة بعد التهاب الوريد غير كافية مع أن ذلك يبدو منطقياً.
٣. وضع مصفاة للوريد الأجوف السفلي أو ربطه ويستعمل ذلك في حال وجود مضاد استطباب لاستعمال الهيبارين أو إذا حدثت صمة بالرغم من المعالجة فهو يمنع فقط الصمة الرئوية ولا يعالج الخثار الوريدي العميق.

٢٣ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) المعالجة البدئية في الخثار الوريدي العميق:

(A) هيبارين تحت الجلد ☒

(B) الوارفارين ☒

(C) اليوروكناز ☒

(D) هيبارين تسريب وريدي ☒

(٢) العلاج في الخثار الوريدي العميق:

(A) الهيبارين تسريباً وريدياً لمدة ٥-١٠ أيام يتبعه استعمال الوارفارين أو الهيبارين تحت الجلد لمدة ٣-٦ أشهر ☒

(B) المعالجة باليوروكناز عند وجود إعاقة في التروية ☒

(C) مصفاة للأجوف السفلي أو ربطه ☒

(D) كل ما سبق صحيح ☒

علاج متلازمة ما بعد التهاب الوريد

ارتداء الجوارب الداعم باستمرار لمنع حدوث فرط التوتر الوريدي السطحي والتورم فإنه يمكن منع حدوث التورم عندها معظم القرحات يمكن منع حدوثها

٥. يمكن أن يستعمل ربط الأوردة الشاقبة الموضعي لخفض التوتر الوريدي عند القرحة إذا لم يكن بالإمكان أن تشفى
٦. يطبق Unna Boot وهو رباط شاطئ طبي أسبوعين أو مرتين أسبوعياً حتى تشفى القرحة فالعلاج بالضغط سيسفي معظم القرحات

٧. إن تغيير نمط الحياة وتجنب تدلي الرجل يمكن أن يحسن التفرج وينقص خطورة النكس

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في علاج متلازمة ما بعد التهاب الوريد ما عدا: A) تعاريف المشي ☒

٥. التهاب الوريد الأبيض المؤلم: وهو يحدث بسبب الانسداد الحاد للأوردة الحرقفية والفخذية بسبب التهاب الوريد الخثري DVT. أما المظاهر السريرية فيسبب هذا الالتهاب رجلاً باردة شاحبة مع ضعف النبض الشرياني بسبب التشنج وتتم المعالجة من خلال الأدوية الحالة للخرثرة ويتلوها تطبيق الهيبارين لمنع تطورها لالتهاب وريد أزرق مؤلم.

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) من علامات التهاب الوريد الأبيض المؤلم:

A) ألم شديد ☒ B) وذمة هائلة ☒

C) الموات الوريدي ☒ D) ضعف النبض الشرياني ☒

٥. التهاب الوريد الأزرق المؤلم: وهو يحدث بشكل ثانوي بسبب انسداد شبه كامل حاد في جريان الطرف بما فيها الأوردة الحرقفية والفخذية وهو أكثر شيوعاً في الرجل اليسرى ومن الشائع ترافقه مع مرض آخر فعلى سبيل المثال ٣٠٪ من الحالات تحدث عند المرضى بعد الجراحة وبعد الولادة وكذلك سرطانات الحوض شائعة. تشمل المظاهر السريرية: زرقة الطرف مع وذمة هائلة وألم شديد وغياب النبض ثم يتلوها الموات الوريدي ويمكن أن تحدث السدمة بسبب انحباس كمية كبيرة وهامة من الدم في الرجل.

العلاج: أدوية حالة للخرثرة ويتلوها تطبيق الهيبارين واستخراج الخرثرة في بعض الأحيان إن لم تنجح المعالجة الطبية غير الجراحية ويجب الراحة في السرير مع رفع الطرف

أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) التهاب الوريد الأزرق المؤلم ما عدا: A) سببه انسداد وريدي كامل حاد في جريان الطرف ☒

كل مايلي يتظاهر بوضمة في ظهر القدم ما عدا: رسول دورات خارجي

☒ B) الحلات المظلمة

☒ A) لصور قلب

☒ D) الحلات ويردية

☒ C) لصور كلية

البحت الحادي عشر: الصمة الرئوية

١٠ عوامل خطورة الصمة الرئوية: وتشمل

١. الجراحة والأمراض الخطيرة
٢. النساء الحوامل والنساء في فترة ما بعد الولادة حيث تبلغ لديهن نسبة حدوث الصمة الرئوية خمسة أضعاف نسبة الحدوث عند النساء الأخريات (بدون حمل أو ولادة) وبعد تشكل الصمة الرئوية بعد الحمل سبباً شائعاً للوفاة.
٣. المعالجة بالأسروجين: تتراقف المعالجة بالأسروجين بارتفاع نسبة خطورة الصمة الرئوية من ٤-٧ مرات نسبة لغير المعالجين به وتتعلق الخطورة بكيفية الدواء وتزول خلال عدة أسابيع من إيقاف الدواء.
٤. الآفات القلبية: تتراقف بارتفاع نسبة خطورة تشكل الصمة الرئوية من ٣-٤ مرات وتتعلق بشكل مباشر بشدة الآفة القلبية
٥. البدانة: تتراقف البدانة بازدياد خطورة الصمة الرئوية لـ ١.٥ - ٢ مرة.
٦. السرطان: يتراقف السرطان بازدياد خطورة الصمة الرئوية لـ ٢-٣ مرات.
٧. الرضوض الكبيرة خاصة أذية الحبل الشوكي وكسر الحوض أو جسم الفخذ تحمل زيادة في خطورة تشكل الصمة.
٨. وجود تاريخ سابق لصمة رئوية يزيد من خطورة تشكلها مرة ثانية وخاصة بعد الجراحة.
٩. تتراقف الدوالي الوريدية بارتفاع نسبة خطورة حدوث الصمة الرئوية لمرتين.
١٠. تتراقف مجموعات الاعمار الكبيرة بزيادة خطورة تشكل الصمة الرئوية.

١١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) عوامل خطورة تشكل الصمة الرئوية ما عدا:

☒ B) الدوالي الوريدية

☒ A) النساء الحوامل وما حول الولادة

☒ C) الآفات القلبية

☒ D) الكهولة الباكّة

١٢ الأمراض الصمة الرئوية: وتشمل الأعراض كلاً ممايلي

١. العلامات الكلاسيكية توجد هذه العلامات في ٢٤٪ من المرضى وهي: نفث دم - أصوات احتكاكات فرعية جنبيهية - خبيب قلبي - زرقة - تجمد الصدر -

- بوجودات غير نوعية وهي تسرع القلب (٦٠٪ من المرضى) - تسرع النفس (١٥٪ من المرضى) - مس التسرع (٨٥٪ من المرضى) وهي موجودات شائعة الحدوث إضافة للتسرع النفسي واللام الصدري الحسي الغير حدوث
- ٣ يمكن أن تظهر تغيرات تخطيطية قلبية وتشمل اضطرابات النظم وعلامات إجهاد بطول
- ٤ صورة الصدر يمكن أن تكون غير طبيعية أو طبيعية تماماً حسب في بعض الأحيان يظهر التسرع في التوعية الرئوية أن يحدث فرط وضاحة شعاعية في منطقة الصمة وهي علامة **Westermark's Sign** - يمكن أن يلاحظ أيضاً وجود اتساع جنب وغالباً ما يكون ترقياً أو قد يكون الارتشاح الرئوي موجوداً وخاصة في حالات الاحتشاء الرئوي والتي تحدث في ١٠ - ٢٥٪ من حالات الصمة الرئوية
- ٥ غازات الدم الشريانية عادة تظهر نقص أكسجة مع انخفاض الضغط القسيمي ثاني أكسيد الكربون PCO_2 المترافق مع فرط تهوية ومع أن سلسلة القياسات يمكن أن تدون نقصاً مفاجئاً في الضغط القسيمي للأوكسجين PO_2 فإن قياساً واحداً لا يمكن أن يثبت تشخيص الصمة الرئوية وكذلك إن وجود ضغط قسيمي طبيعي للأوكسجين PO_2 لا ينفي احتمال وجود صمة رئوية.

❏ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- (١) علامة ويسترمارك الشعاعية تدل على: (A) وضاحة شعاعية في مكان الصمة ☒
- (٢) كل مايلي من العلامات الكلاسيكية للصمة الرئوية ما عدا: (A) النفث الدموي ☒ (B) الزرقة ☒ (C) الخيب القلبي ☒ (D) تسرع القلب ☒

❏ اختلاطات المعالجة بمميعات الدم: وتشمل كلاً ممايلي:

- ١ النزف الغزير: ويتطلب نقل الدم ويحدث في ١-٢٪ من المرضى الموضوعين على مميعات الدم أما نوبات النزف الصغير شائعة في أكثر من ١٦٪ من الحالات ويحدث النزف المميت في ١-١٠٪ من الحالات ويزداد خطر حدوث النزف في المرضى المعالجين بالهيبارين إذا ما طبق بشكل متقطع أو إذا أعطي للمرضى المسنين أو ذوي الضغط المرتفع بشدة.
- ٢ تنكس الصمة الرئوية: بالرقم من استعمال مميعات الدم في ١-٨٪ من الحالات.
- ٣ نقص الصفيحات المحرض بالهيبارين: يحدث في ٥٪ من المرضى الموضوعين ويمكن أن تعزى لتطور أعداد محرصة بالهيبارين وموجهة ضد الصفيحات ويجب أن توقف كل أساليب تسريب الهيبارين في حال حدوث نقص في الصفيحات بسبب خطر حدوث إما نزف أو تخر محرض بالهيبارين وهو نوع من النخر النسيجي المتعلق بالتخثر الموضع في الأوعية

٢١ أسئلة الدورات حول الفترة السابقة:

١) يزداد خطر حدوث النزف عند المرضى المعالجين بالهيبارين فيما يلي ماعدا:

(A) إذا طبق بشكل متقطع ☒ (B) إذا أعطى للمرضى السليين ☒

(C) إذا أعطى لدوي الضغط المرتفع بشدة ☒ (D) إذا أعطى للحوامل ☒

٢) في حال ظهور نقص صفيحات معرض بالهيبارين الصحيح هو:

(A) تخفيض الجرعة مع المراقبة ☒ (B) تغيير نوع المسبب ☒ (C) إيقاف التسريب ومراقبة ☒

يكون الـ D-DIMER مشخص للوصمة الرئوية عندما يكون: (سؤال دورات خارجي) ٢٢٢

(A) أكبر من ١ وحدة (B) أكبر من ١.٥ وحدة (C) أكبر من ٠.٥ وحدة (D) أكبر من ٢ وحدة

البحث الثاني عشر: الجهاز اللمفاوي

٢٢ أشكال الوذمات اللمفاوية: وتشمل كلا مما يلي.

١. الوذمة اللمفاوية البدئية ولها ثلاث أنواع بحسب عمر المريض عند بدء الإصابة:

أ. الوذمة اللمفاوية الولادية وتظهر عند الولادة أو باكراً عند الرضع. وتشكل أقل من ١٠٪ من حالات الوذمة اللمفاوية البدئية وقد تكون وراثية وتعرف بوذمة (داء) ميلوري. عادة تحدث الأعراض عند الولادة إذا لم توجد أوعية لمفاوية حقيقية في هذا الوقت أما إذا وجدت بعض الأوعية اللمفاوية الفعالة وظيفياً عند الولادة فتكون عندها الأعراض قليلة أو غائبة ومع تطور النمو وتكرر الإصابات الطبيعية سواء بسبب انتان خفيف أو رض تكون النتيجة أن الأوعية اللمفاوية الطبيعية المتبقية لا تعود كافية وتحدث الوذمة.

ب. الوذمة اللمفية المبكرة (المبكرة) وهي تحدث في أي وقت منذ البلوغ وحتى نهاية العقد الثالث من الحياة.

ومعظم الوذمات اللمفاوية البدئية تكون من هذا النمط وهي أشيع عند الإناث أكثر بثلاث مرات من الذكور.

ت. الوذمة اللمفية المتأخرة: وهي تحدث بعد الثلاثين من العمر.

٢. الوذمة اللمفاوية الثانوية: وينجم عن انسداد من أسباب متنوعة بما فيها الانتان والطفيليات والأذيات الميكانيكية

بما فيها الجراحة ومتلازمة ما بعد التهاب الأوردة والتنشؤات. وفي الدول المتقدمة تشكل الانسدادات بسبب

الخيئات والوذمة اللمفاوية بعد الجراحة (مثل بعد استئصال الثدي) وتخرب الأوعية اللمفية بسبب العلاج

الشعاعي الأسباب الأكثر شيوعاً للإصابة. وفي الدول الأقل تقدماً يشكل الانسداد الطفيلي (داء القيل) السبب الأكثر

شيوعاً وتعد الفخيرة البانكروفتية العامل الطفيلي الأكثر شيوعاً.

٢٢ أسئلة الدورات حول الفترة السابقة:

١) تصنيف الوذمة اللمفية البدئية كل ما يلي ماعدا:

(A) ولامية ☒

(B) مشرقة ☒

(C) ملاحرة ☒

(D) معتدلة ☒

٢٤) تشخيص الوذمة اللمفاوية

عند القدم والكاحل وتتطور مركزياً وعادة يكون التطور بطيئاً ويمتد حتى عدة أشهر ويظهر الحصى السريري يعكس الوذمة الوريدية المنشأ أن الطرف المساب بالوذمة اللمفاوية لا تكون فيها الوذمة بنية غامقة اللون ولا توجد تقرحات جلدية مرافقة بينما تبدأ الوذمة الوريدية بمستوى كامل أما الوذمة اللمفاوية فعادة لا يصيب ظهر القدم أيضاً.

٢٥) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) فيما يخص الوذمة اللمفية كل ما يلي ماعدا:

(A) لا تكون بنية غامقة ☒

(B) لا توجد قرحات مرافقة ☒

(C) تصيب العقب والكاحل ☒

(D) احابة خالطة ☒

(٢) فيما يخص الوذمة اللمفية كل ما يلي ماعدا:

(A) تغيب وتعتف عن ظهر القدم ☒

(B) ذات لون أزرق غامق وبني ☒

(C) قد تترافق مع تقرحات ☒

(D) تطورها ببطيء وقد يمتد لعدة أشهر ☒

٢٦) الأورام السليمة: وتعد الهيغروما الإصابة الأكثر شيوعاً وتنحدر هذه الأورام من الأكياس اللمفاوية الجنبية وتشاهد خلال السنة الأولى من العمر وهي الأكثر شيوعاً في العنق ولكن يمكن أن تحدث في الغبن والإبط والمنصف ويمكن أن تسبب الهيغروما الكيسية في العنق عسرة تنفسية وفي هذه الحالة يجب أن تستأصل ولا يضحى بالأعصاب التحفية لأن هذه الأورام سليمة.

٢٧) ماركوما الأوعية اللمفية: وهو ورم لمفاوي خبيث نادر جداً يمكن أن يحدث في أي طرف مصاب بوذمة لمفاوية مزمنة ولكن يغلب أن يرى بعد استئصال الثدي المختلط بوذمة لمفاوية في الذراع.

٢٨) الانتهاكات اللمفاوية: وترى في عدة أنواع من الأورام البدئية.

٢٩) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في الهيغروما كل ما يلي ماعدا:

(A) أشيع في العنق ☒

(B) في السنة الأولى من العمر ☒

(C) العلاج الجراحي ☒

(D) آفة خبيثة ☒

٣٠) القمامة الأوعية اللمفاوية والعقد اللمفاوية: وهو يحدث بسبب غزو جرثومي ويكون عادة بالمكورات العقدية

الحالة للدم بيتا أو بالمكورات العنقودية. ويتظاهر باحمرار حول الأوعية اللمفاوية المضابة وتبدو بشكل خط أحمر

يتقدم بانحاء العقد للمفاوية التارحة وتكون حركة الطرف مؤلفة وتدفع أيضاً الجرائيم على طول القنويات المتفاوتة مما يطاقم الحالة وإذا لم تنوطف الحدوثة بالعقد للمفاوية يمكن ان يحدث عندها انتان دم أما العلاج فيشمل عدم تحريك الطرف وإعطاء المصادات ويجب أن يلزح مصدر الانتان إن وجد (التهاب حول المفتر مثلاً) وتشفى الحالات غير المختلطة عادة سريعاً وبدون عقابيل وإن تكرر حدوث الإصابة يمكن أن يؤدي لتشكل وذمة لقنوية ثانوية مزمنة.

1) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

1) في علاج التهاب الأوعية والعقد اللمفية كل ما يلي ماعدا:

- (A) صادات ☒ (B) نزح مصدر الانتان ☒ (C) تحريك الطرف ☒

2) في التهاب الأوعية والعقد اللمفاوية اختر الخاطئة:

- (A) يحصل احمرار حول الأوعية المصابة وتتقدم بشكل مركزي نحو العقد ☒ (B) يمكن أن يحصل انتان دم ☒
(C) تشفى الحالات المختلطة سريعاً دون عقابيل ☒ (D) إن تحريك الطرف يمكن أن يخفف الألم ☒

البحث الثالث عشر: التهاب الأوعية (قسم الإضافات الخارجية * هامة *)

تصنيف التهاب الأوعية:

1. التهاب الأوعية الكبيرة وتشمل: التهاب الشريان ذو الخلايا العرطلة - داء تاكاياسو (داء انعدام النبض)
2. التهاب الأوعية المتوسطة - داء كوازاكي - التهاب الشرايين العقدي
3. التهاب الأوعية الصغيرة: التهاب الأوعية المرتبط بأضداد العدلات السيتوبلاسمية (ANCA) - الورم الحبيبي الليفغري - متلازمة شيرغ ستروس - التهاب الأوعية المجهرية
4. التهاب الأوعية غير المرتبط ب (ANCA): فرقية هينوخ شونلاين - التهاب الأوعية المتعلق بالغلوبولينات البردية في الدم - التهاب الأوعية الجلدي ناقص الخلايا البيض

1) أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

1) سؤال فراغات:

يصنف التهاب الأوعية ذو الخلايا العرطلة بأنه (A) وداء كوازاكي هو (B) وتصنف فرقية هينوخ شونلاين بأنها (C) والتهاب الأوعية العقدي هو (A)

- (A) التهاب أوعية كبيرة (B) التهاب أوعية متوسطة (C) التهاب أوعية صغيرة

2) في التهاب الأوعية اختر الخاطئة:

- (A) داء تاكاياسو هو التهاب أوعية كبيرة ☒ (B) التهاب الأوعية ذو الخلايا العرطلة هو التهاب أوعية كبيرة ☒
(C) فرقية هينوخ شونلاين هي التهاب أوعية صغيرة ☒ (D) التهاب الأوعية العقدي هو التهاب أوعية صغيرة ☒

١٠ هذه أسئلة الاختبار

أولاً المظاهر السريرية: اندفاعات جلدية راحية أو تقع أو عند على العجان - سخامات لغوية تتجاوز ٥ سم - احمرار العينين - إصابة المفاصل الصغيرة والكبيرة - ارتفاع حرارة

ثانياً: التشخيص: يشمل المظاهر السريرية السابقة + ارتفاع عدد الصفائح (قد يصل إلى ١٠٠٠) = ارتفاع الكريات البيض + ارتفاع CRP + ارتفاع ESR + ارتفاع انقي ليومين A وكل بروتينات الطق الحد للالتهاب + انخفاض الخشاب قليلاً

ثالثاً: يمكن أن تصاب الشرايين المسارية أو الكلوية ولكن الأخطر من ذلك إصابة الشرايين الإكليلية حيث قد يحدث أمهات دم تفاعل مناعي حيث ترتفع المناعة C2 C4 CD4 وتنخفض CD8 وتزداد الغلوبولينات المناعية التي تهاجم بطانة الشريان وتخرّبها

رابعاً: العلاج: يتم من خلال

١. استعمال الغاماغلوبولين ٤٠٠ ملغ/كغ/اليوم لمدة ٤ أيام متتالية أو ٢ غ/كغ/تسريب وريدي لمدة ١٠ ساعات وإن استعمال الغاماغلوبولين قبل ١٠ أيام على مرور الإصابة يقلل من احتمال تشكل أم الدم في الشريان الإكليلي أما بعد ١٠ أيام فنستعمله لخفض الـ ESR والصفائح ويجب أن نعلم أن الغاماغلوبولين يثبط المناعة.

٢. الأسبرين وهو يستخدم في المرحلة الحادة ٨٠-١٠٠ ملغ/كغ ويقسم على ٤ جرعات وبعد المرحلة الحادة ٣-٥ مغ/كغ لمدة ٢-٣ أشهر حتى تتراجع الـ ESR وتعود الصفائح لوضعها الطبيعي.

٣. الوارفارين: عادة تصيب أم الدم الشريان الإكليلي الأيمن وتكون وحيدة ولكن إذا أصابت الأيمن والأيسر وكانت متعددة فلا بد من استخدام المميعات مثل الوارفارين أما إذا كانت وحيدة فلا ضرورة لذلك.

٤. قد يظهر تضيق وحناق صدر عند الطفل المصاب إذ يظهر أول احتشاء خلال سنة من بدء الإصابة وبالدراسة ثبت وجود خلل في آلية تفعيل الخلايا البطانية في الشريان المصاب وفي حالة وجود اضطراب مورفولوجي فلا بد من إعطاء الطفل أسبرين مدى الحياة.

٥. الاستطببات للجراحة: تضيقات إكليلية - حنق صدر - استمرار وجود أم دم.

في أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

(١) في داء كوازكي اختر الخاطئة:

(A) ضخامة عقد لمفية تتجاوز ٥ سم ☒ (B) إصابة المفاصل الصغيرة والكبيرة ☒

(C) العلاج يتم بالغاماغلوبولين ☒ (D) العلاج بالإماعة ☒

(٢) في داء كوازكي اختر الخاطئة:

(A) التهاب ملتحم ☒ (B) ضخامة عقد رقبية ☒ (C) حمى ☒ (D) نقص صفائح ☒

(٣) في داء كوازكي: (A) الإصابة في الشرايين الكلوية والمسارية شائعة

البحث الرابع عشر : متلازمة مخرج الصدر TOS (قسم الإضافات الخارجية - هامة)

النوع	نسبة الحدوث	السبب	الأعراض	العلامات الفيزيائية	العلاج
العصبي	95%+	تضييق خلقي تشريحي مع رض على العنق	خدر في الأصابع وألم في العنق والذراع وصداع قفوي	مضض فوق الترقوة والذراع بزاوية 90 درجة بوضعية AER	قطع الأخيمعيات واستئصال الضلع الأول أو قطع الأخيمعيات مع استئصال الضلع الأول
الشرياني	1%+	ضلع رقبية أو ضلع أول غير طبيعية	نقص تروية الأصابع ونمل في الأصابع وبرودة وألم في اليد وعرج متقطع في الذراع	انخفاض الضغط الشرياني في الذراع المصاب وضعف النبض وشحوب وتموت الأصابع	استبدال أو وضع مجازة لأم الدم، استئصال الضلع الرقبية أو الضلع الأول وخزغ الودي الظهرى
الوريدي	2%+	انضغاط وريدي عند الزاوية الضلعية الترقوية	تورم الطرف وألم في الذراع	تورم وازرققة وتوسع الأوردة فوق الصدر	استئصال الخثرة واستئصال الضلع الأول وتوسيع الوريد من داخله أو مجازة وريدية مع ناسور شرياني وريدي مؤقت

المرحلة	الأعراض والعلامات	الإمراضية الشريانية	المعالجة
٠	لا شيء - أم دم غير مجسوسة	طبيعي	لا شيء
١	لا شيء - احتمال جس أم دم	تضييق خفيف وتوسع بعد التضييق صغير	استئصال الضلع الرقبية أو الضلع الأول الشاذة واستئصال أم الدم إذا كانت أكبر من ٢ قطر الشريان
٢	احتمال وجود نقص تروية، ألم، تغيرات لونية	تخرب البطانة، خثرة أو أم دم مع خثرة ضمنها مع احتمال حدوث صمات	استئصال الضلع الرقبية أو الضلع الأول الشاذة وإصلاح أو استبدال الشريان واحتمال إجراء استخراج الخثرة أو احتمال خزغ ودي ظهري

١٠ أسباب متلازمة مخرج الصدر TOS الوريدية

١. ضغط خارجي
 - أ. خثاري: ويشمل خثار وريدي بدني (مجهول السبب) - دشبذ من كسور ضلع أولى أو ترقوة شافية - توسع أمامي للعصب الحجابي - أورام (ورم بانكوست) - تشيع
 - ب. غير خثاري: كما هو أعلاه هذه الأسباب تظهر مع أو بدون خثار
٢. تشوه داخلي:
 - أ. خثاري: إدخال القناطر أو الأسلاك الدليلية - اعتلالات التخثر - حقن مواد دوائية مخرشة - خثار تال لأسباب خارجية
 - ب. غير خثاري

١١ أسئلة الدورات حول الفقرة السابقة:

- ١) في متلازمة مخرج الصدر النوع الشرياني (مفتاح):
 - (A) قد يكون سببها ضلع شاذ أو ضلع أولى ☒
 - (B) استئصال أم الدم إذا كان حجمها ٥.٠ قطر الشريان ☒
 - (C) قد تعالج باستئصال الخثرة أو خزع ودي ظهري ☒
- ٢) في متلازمة مخرج الصدر النوع الوريدي (مفتاح):
 - (A) قد تحدث على إثر حقن دوائي ☒
 - (B) قد تعالج بالمميعات فقط ☒
 - (C) قد تحدث بعد حوادث كسر الضلع الأولى أو كسور الترقوة ☒
 - (D) توسع في الأوردة فوق الصدر ☒
- ٣) تدبير الضلع الرقبية ما عدا: (A) استئصال الضلع الرقبية الأولى في المرحلة ١ ☒

قسم المسائل السريرية

١) المسألة الأولى: امرأة بعمر ... تشتكي من رجفان أذيني منذ فترة طويلة، شكت من إسهال وبعدها توقف خروج الغازات وبالفحص السريري تبين عدم وجود تخريش بريتنواني وبالإستجواب تبين أنه أجري لها عملية استئصال رحم منذ ١٠ سنوات.. ما هو التشخيص الأكثر احتمالاً:

- (A) انسداد أمعاء ☒
- (B) حصيات مرارية ☒
- (C) التصاقات ☒
- (D) صمة سببت انسداد مساريقي حاد ☒

٢) المسألة الثانية: رجل عمره ٧٠ سنة لديه داء سكري معتمد على الأنسولين ومصاب بقصور كلوي (كرياتينين = ٢.٥) أصيب من قبل باحتشاءين قلبيةين والأخير منهما كان قبل سنة وشكى فجأة من ألم بطني وبالفحص السريري تبين وجود كتلة نابضة مؤلمة، ما هو الإجراء الذي لا داعي لإجرائه من الإجراءات التالية:

- (A) تصوير طبقي محوري ☒
- (B) المسح بالتاليوم ☒
- (C) تصوير شرياني ظليل ☒
- (D) تنظير كولون ☒
- (E) وظائف رئة ☒

٣) المسألة الثالثة: رجل مصاب بخزل شقي في النصف الأيمن من الجسم ويتصوير الشرايين تبين أن لديه انسداد بنسبة ٧٥% في الشريان السباتي الأيمن وانسداد بنسبة ٨٠% في الشريان السباتي الأيسر، ما هو الإجراء العلاجي الأفضل ممايلي:

(A) عدم التداخل الجراحي لأن المريض لا يمكن إجراء الجراحة له ☒

(B) إزالة بطانة الشريان السباتي الأيمن ☒ (C) إزالة بطانة الشريان السباتي الأيسر ☒

(D) التداخل على الشرياني السباتيين وإزالة بطانتهم ☒

٤) المسألة الرابعة: امرأة بعمر الـ ٤٥ سنة أصيبت فجأة بتوذم وألم في الساق اليمنى وذلك بعد جلوسها في طائرة أثناء رحلة جوية لمدة ٦ ساعات ما هو الإجراء الأولي الذي نقوم به في هكذا حالة:

(A) رفع الطرف واستعمال رباط ضاغط ☒

(B) إعطاء الهيبارين ☒ (C) تصوير دوبلكس بالأموح فوق الصوتية للأوردة ☒

٥) المسألة الخامسة: رجل بعمر ٧٠ سنة لديه أم دم حرقفية بقياس ٤ سم ولديه بتر تحت الركبة وبفحص الجريان ضمن الشرايين تبين أن الجريان ضمن الشرايين الحرقفية طبيعي أن الجريان في الشرايين الفخذية جيد نسبياً فما هو الإجراء الأفضل:

(A) عدم التداخل على هذا المريض لأنه غير مرجح للجراحة الانتخابية لأم الدم ☒

(B) الإصلاح ضمن الوعاء لأم الدم الأبهريّة ☒ (C) مجازة أبهرية فخذية ثنائية الجانب ☒

٦) المسألة السادسة: مريضة تعرضت لحادث سير ولكسر في عظم الترقوة لديها شكت من ألم في العنق لمدة شهرين وتشكو الآن من خدر ونمل وزرقة دون أن تذكر مسبقاً أنها تعاني تأثراً بحالة البرد فما هو التشخيص الأكثر احتمالاً :

(A) داء رينو ☒ (B) متلازمة مخرج الصدر ☒

٧) المسألة السابعة: مريض أجريت له جراحة لأم دم أبهرية وشكا بعدها من إسهال مع خضاب إيجابي في البراز فما هو التشخيص المحتمل:

(A) نقص تروية مساريقي حاد ☒

(B) التهاب كولون إقفاري ☒

(C) خذل معوي شديد تال للجراحة ☒ (D) إنتان معوي ثانوي ☒

٧) المسألة الثامنة: أجري لمريض يبلغ من العمر ٥٩ سنة استئصال لورم سحائي سليم عبر فتح الجمجمة وفي اليوم العاشر بعد الجراحة لوحظ أن لديه تضخم في الريلة والفخذ الأيسر: (١) ما هي الطريقة الأقل دقة لتشخيص سبب الانتفاخ الحاصل:

(A) الفحص السريري ☒ (B) إجراء مسح بالفيرينوجين ١٢٥ ☒

(C) تصوير أوردة الرجل اليسرى ☒ (D) تخطيط المعاوقة التحجمي ☒

(٢) إذا تم إثبات وجود خثار وريدي عميق فأى ممايلي يجب أن تتضمنه المعالجة البدئية:

(A) هيبارين تحت الجلد ☒ (B) هيبارين وريدياً ☒

(C) حالات الخثرة كاليوروكيناز ☒ (D) الأسبرين ☒

٣) بينما كان المريض موضوعاً على المعالجة الحالة للتخثر بمستواها العلاجي اللازم للتخثر الوريدي العميق بدأ المريض بالنزف من قرحة شدة في المعدة ما هو الخيار المفضل للعلاج:

A) الاستمرار بإعطاء مضادات التخثر بجرعة أقل ونقل دم للمريض ☒

B) إيقاف العلاج بمضادات التخثر وإغلاق الوريد الأجوف السفلي بأحد الطرق المعقمة ☒

C) الانتقال لنوع آخر من العلاج بمضادات التخثر ☒ D) إيقاف العلاج بمضادات التخثر والمراقبة ☒

E) إيقاف العلاج بمضادات التخثر الجهازية وإعطاء العوامل الحالة للتخثر مباشرة في الجهاز الوريدي الفخذي ☒

٤) بعد شفاء المريض من الهجمة المعدلة الحادة عاد بعد ستة أشهر يشكو من تورم مستمر في الرجل أي مما يلي يجب أن يكون الإجراء المفضل طويل الأمد كعلاج بدني:

A) العلاج المديد بالمدرات ☒ B) حزام مطاطي داعم ☒ C) استئصال الخثرة الوريدية ☒

D) إجراء مجازة وريدية باستعمال وريد ذاتي ☒ E) إجراء مجازة وريدية باستعمال طعم صناعي ☒

.....النهاية.....

مع أطيب أمنياتي لكم بالنجاح والتوفيق

زميلكم: مينا ماريو رحال

-- ٤ ٤ ٤ --